

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. ALEXIS-CARREL

Année 1977 - N° 91

**LE "CORPS SOIGNANT" PSYCHIATRIQUE
ET L'OBJET "ENFANT MORT"**

**A partir de l'expérience d'un service
médico-psychiatrique de seconde urgence**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 3 Mars 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean-Marc ELCHARDUS

né le 5 Mars 1946

à BADEN BADEN (Allemagne)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. ALEXIS-CARREL

Année 1977 - N° 91

**LE "CORPS SOIGNANT" PSYCHIATRIQUE
ET L'OBJET "ENFANT MORT"**

**A partir de l'expérience d'un service
médico-psychiatrique de seconde urgence**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 3 Mars 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean-Marc ELCHARDUS

né le 5 Mars 1946

à BADEN BADEN (Allemagne)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDICINE -
U. E. R. ALEXIS-CARREL

Année 1977 - N° 27

LE "CORPS SOIGNANT" PSYCHIATRIQUE
ET L'OBJET "ENFANT MORT"

A partir de l'expérience d'un service
médico-psychiatrique de seconde urgence



THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON
et soutenue publiquement le 3 Mars 1977
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean-Marc ELCHARDUS

né le 5 Mars 1946

à BADEN BADEN (Allemagne)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD

Président de l'université - Professeur GERMAIN D.

Premier Vice - Président - Professeur ELBAZ E.

Secrétaire Général - M. RAMBAUD J.

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE ET

LEUR DIRECTEUR

ALEXIS CARREL - Professeur R. MORNEIX

GRANGE BLANCHE - Docteur SALLE B. (Maitre de conférences
agrégré)

LYON NORD - Docteur NEIDHARDT J.P (Maitre de Conférences
agrégré)

SUD OUEST - Professeur NORMAND J.

BIOLOGIE HUMAINE - Docteur REVILLARD (Maitre de Conférences
agrégré)

TECHNIQUES DE READAPTATION - Docteur MORGON A. (Maitre de
Conférences agrégré)

SCIENCES PHARMACEUTIQUES - Professeur BIZOLLON C.A
SCIENCES ODONTOLOGIQUES - Docteur VINCENT R.
INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE - M. MILLON
MATHEMATIQUES - Professeur COMBET E.
PHYSIQUE - Professeur DELMAU J.
CHIMIE et BIOCHIMIE - Professeur HUET J.
SCIENCES DE LA NATURE - Professeur GINET R.
SCIENCES PHYSIOLOGIQUES - Mle le Professeur WORBE J. F
INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N°1 - Professeur POUYET
INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N°2 - Professeur GALLET
Directeur ENSAM
OBSERVATOIRE - M.MONNET G. Astronome adjoint
PHYSIQUE NUCLEAIRE - Professeur GUSAKOW M.
U.E.R DE MECANIQUE - Professeur COMTE - BELLIOT G.

ASSISTANTS

Mr. le Professeur VERVINE U.E.R Lyon Nord
Mr. le Professeur MARIE-CAROLINE U.E.R Alexis Carrel
Mr. le Professeur FILLARD U.E.R Saint Etienne
Mr. le Docteur GILLET

COMPOSITION DU JURY

PRESIDENT

Mr. le Professeur COLIN

U.E.R Grange blanche

ASSESSEURS

Mr. le Professeur VEDRINNE

U.E.R Lyon Nord

Mr. le Professeur MARIE-CARDINNE

U.E.R Alexis Carrel

Mr. le Professeur PELLET

U.E.R Saint Etienne

Mr. le Docteur GILLET

A CHRISTIANE et à nos enfants

A MES PARENTS ET MA FAMILLE

A MAITTA

A MES AMIS

A L'EQUIPE SOIGNANTE DE N2

ET A CELLE DE SAINTE ELISABETH

A NOTRE JURY DE THESE

- Professeur M. COLIN
- Professeur J. VEDRINNE
- Professeur M. MARIE-CARDINNE
- Professeur J. PELLET
- Docteur M. GILLET

Nous les remercions de l'honneur qu'ils nous font en acceptant de faire la critique de ce travail .

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Docteur ROUMAGOUX

Professeur MARION

Docteur VIBERT

Professeur ROCHE

Professeur GUYOTAT

Professeur FRANCOIS

Docteur ARCADIO

A NOS MAITRES EN PSYCHIATRIE

Professeur GUYOTAT

Professeur MARIE-CARDINE

Docteur MOREAU

Docteur ACHAINTRE

Docteur VIGNAT

Professeur COLIN

Docteur GILLET

PLAN

Introduction

Chapitre 1 : PRESENTATION DU SERVICE

Chapitre 2 : OBSERVATION " ANALYSEUR "

Chapitre 3 : LA NOTION D' " OBJET ENFANT MORT "

Chapitre 4 : LA NOTION DE " CORPS SOIGNANT "

Chapitre 5 : HYPOTHESES SUR " CORPS SOIGNANT ET
MATERNALITE "

Conclusions

INTRODUCTION

Nous avons l'intention dans ce travail de tenter de rendre compte d'une perception assez intuitive du fonctionnement d'une équipe de soins psychiatriques dans un service médico-psychiatrique " semi - lent " .

Il nous a semblé qu'il se jouait , au-delà de l'aspect " maternel " souvent reconnu au soin psychiatrique , (maternage , relations de dépendance...) toute une relation d'ordre maternel archaïque avec le sujet psychotique , et dans les registres imposés par lui , qui pouvait être soignante si elle pouvait être élaborée par le malade , mais aussi par l'équipe, alors que ce niveau de fonctionnement échappe presque totalement à sa perception consciente .

Cet travail est donc , à travers l'histoire d'une malade dans le service , un essai pour situer une réalité qui se laisse mal cerner , et il n'a de

prétention que de " point de vue " , cette manière de comprendre pouvant certainement être modifiée , ou développée d'avantage , en fonction des résultats d'une observation plus longue et plus orientée sur cet aspect du soin psychiatrique..

Dans un premier temps nous présenterons le service , puis , à la suite de l'observation " analyseur " , nous essayerons de préciser les notions d' "objet enfant mort" et de "corps soignant" , qui sont apparues dans l'histoire institutionnelle de cette malade .

PRESENTATION DU SERVICE

La réflexion qui fait l'objet de ce travail a pu se faire , en partie collectivement, dans un service bien particulier de l'hôpital général , et il est indispensable préalablement de le situer à travers son histoire et son fonctionnement .

Il s'agit d'un office de vingt huit lits faisant partie du pavillon d'urgence médicale de l'Hôpital Edouard Herriot et réalisant des hospitalisations de " seconde urgence " .

Il a été ouvert pour remplir cette fonction en Avril 1974 pour répondre à certains problèmes posés par l'encombrement croissant des deux offices d'urgence , et la difficulté matérielle où se trouvaient ceux-ci d'assurer des soins , mêmes courts , aux malades " aigus " , devant l'obligation continuelle de muter les malades pour libérer les lits pour de nouveaux arrivants .

Les mutations ne se font pas sans peine et il devenait urgent de se doter d'un office semi-lent pour accueillir toute une catégorie de malades pour lesquels on pouvait penser que la situation de " crise " (somatique ou psychologique) ayant provoqué l'hospitalisation pourrait se résoudre en "première intention" en quelques jours , ce qui permettrait de libérer des places dans les offices de première urgence , et d'éviter une rupture préjudiciable de la continuité des soins , car il semblait

toujours préférable de ne pas multiplier les pôles d'intervention et les modalités de prise en charge dans ces traitements " post - critiques " .

En outre la création de cet office devait permettre aux soignants des offices d'urgence de pouvoir suivre un peu plus longuement certains malades , atténuant ainsi la frustration perpétuelle de connaître de manière intensive des personnes en état de détresse, sans (presque) jamais en connaître le devenir .

Ainsi fut décidée la création de N2 , après de nombreuses difficultés de tous ordres . Cet office succédait à un service de gastro-entérologie dirigé par le Professeur PAILLARD . L'équipe infirmière était constituée uniquement d'infirmières diplômées d'Etat .

Un psychiatre , travaillant à temps partiel , assisté d'un étudiant du Certificat d'Etudes Spéciales de Psychiatrie , avait la responsabilité des soins de quelques malades psychiatriques hospitalisés .

Le nouveau service avait la particularité de recevoir des malades aussi bien psychiatriques que somatiques , dans la proportion deux-tiers , un-tiers .

La durée moyenne de séjour prévue au départ était fixée à quinze jours . Il s'est avéré par la suite que cette estimation était bonne , puisque d'Octobre

1975 à Septembre 1976 , la durée moyenne de séjour a été de 15,6 jours .

Si les soins médicaux étaient assurés par des médecins psychiatriques et somaticiens , travaillant en principe en étroite collaboration , les soins infirmiers somatiques et psychiatriques étaient assurés par une seule équipe infirmière comprenant selon les prévisions sept infirmier(e)s psychiatriques et trois infirmier(e)s diplômés d'Etat .

Dans le même esprit de non ségrégation il n'y avait pas de distinction dans les boxes ou les chambres entre les lits d'hospitalisation somatique ou psychiatrique .

Tout cela reprenait en fait le mode de fonctionnement des offices d'urgence , à l'exception quand même notable d'une beaucoup plus grande proportion d'infirmières psychiatriques , et de l'insaturation d'un quota de malades somatiques (ou psychiatriques) qu'un service de première urgence ne peut évidemment pas se fixer .

En réalité le service nouvellement créé se heurtait dès le départ à de nombreuses difficultés . Le refus des infirmières du précédent service de participer à la création de la nouvelle équipe provoqua un manque très important de personnel soignant , et le service dut fonctionner pendant plusieurs mois avec seulement dix huit lits ouverts sur les vingt huit , dont s'occupaient trois infirmières et la cheftaine , toutes quatre infirmières psychiatriques .

L'expérience se fit donc au départ dans des conditions extrêmement précaires , et nécessita de la part de ce premier " noyau " soignant une présence et des efforts vraiment extraordinaires .

Le démarrage difficile et la précarité des conditions de travail d'alors influencèrent sans doute profondément le caractère et les modalités du fonctionnement par la suite : l'équipe soignante de ce service a toujours été extrêmement sensible à tout ce qui pouvait être ressenti comme une menace de fermeture ou de désagrégation ...

Par la suite , l'équipe s'étant étoffée , tous les lits purent être ouverts , et le travail put se faire dans des conditions moins acrobatiques .

Le service ainsi constitué pouvait répondre à ce qui avait été attendu de lui , et soulager utilement les offices d'urgence : ainsi du 1er Octobre 75 au 30 Septembre 76 , 569 personnes ont été hospitalisées à N2 (291 femmes et 278 hommes) , ce qui représente 8910 journées d'hospitalisation .

PRINCIPES ET MODALITES DE FONCTIONNEMENT

L'office N2 faisant partie du pavillon d'urgence médicale , et sa création ayant été voulue et organisée par les soignants responsables des urgences , il était bien obligatoire que son mode de fonctionnement repose sur quelques principes propres aux services d'urgence , à savoir :

* L'importance du facteur " temps " :

Par définition (et par obligation) un service d'urgence médicale doit " tourner " rapidement . Lors de la création de N2 et périodiquement par la suite était exprimée la crainte d'un ralentissement excessif de son activité , et l'équipe des offices d'urgence ne manque pas de rappeler régulièrement à N2 l'obligation de limiter la durée des hospitalisations .

Cette notion a été bien intégrée par l'équipe de soins , et celle - ci exerce une gestion particulièrement vigilante des durées de séjour . On en arrive ainsi à parler de " chronicisation " pour toute hospitalisation excédant quatre semaines ...

Cette hantise de la chronicisation a pour effet de stimuler puissamment l'équipe soignante dès qu'une hospitalisation traîne un peu en longueur , ce qui évite de voir des malades " faisant partie des murs " , et plus ou moins délaissés .

* L'intervention dans une situation de " crise " :

L'admission dans cet office est en principe réservée à des personnes vivant une période de détresse grave les ayant conduit à un état pathologique aigu , et pour lesquelles on peut penser qu'une hospitalisation brève

leur permettra de sortir de leur état pathologique " critique " , et de résoudre au moins partiellement , leur situation existentielle pathogène .

Ainsi sur le plan psychiatrique , parmi les indications les plus fréquemment posées on retrouve les tentatives de suicide , les états dépressifs ou maniaques aigus d'allure réactionnelle , les bouffées délirantes , les épisodes pathologiques au cours de certaines déviations ou toxicomanies , etc...

* L' "ouverture" du service :

Situé à l'hôpital général , et fréquenté par une population extrêmement nombreuse on entre et on sort du service d'urgence un peu comme " dans un moulin " . Ceci est un peu moins flagrant à N2 où les mouvements sont quand même plus modérés , mais cette caractéristique reste identique .

En réalité le nombre de fugues ou de départs irréguliers est peu élevé , mais cette " ouverture " influence beaucoup les modalités du soin psychiatrique et la qualité de relation entre soignants et personnes hospitalisées .

Sans doute parce qu'il est ainsi acquis que d'une manière ou d'une autre , une personne ne reste dans le service que si elle le veut bien .

Il est alors beaucoup plus facile de se situer par rapport à une demande de soins , pour les uns et pour les autres .

Nous verrons plus loin que cette affirmation préalable est à nuancer , mais il est indéniable qu'à un niveau opératoire elle représente une des caractéristiques importantes du service .

* La permanence d'un " risque " :

est partiellement corollaire du point précédent .

Les possibilités en locaux et en personnel rendent très difficile toute surveillance intensive ou toute intervention limitative d'un raptus violent , alors qu'une proportion importante des malades a justement été admise au décours d'actes auto- ou plus rarement hétéro-agressifs critiques .

Ici aussi le nombre de suicides ou d'actes de violence est relativement faible : depuis sa création , il y a eu dans le service , ou immédiatement après la sortie trois suicides , tous survenus d'ailleurs à des dates très rapprochées .

Mais le fonctionnement de l'équipe de soins et sa perception des malades en sont marqués , cela s'ajoutant aux incertitudes et aux inquiétudes concernant

l'avenir du service lui-même que nous évoquions plus haut.

Cette impossibilité à être très protecteurs dans la réalité , ainsi que la nécessité de " faire vite " , a conduit à cette situation de risque de laisser une très grande initiative aux malades (ce qu'on peut rapprocher de l'affirmation préalable d'une " demande de soins " évoquée plus haut) , et au refus clairement exprimé et agi de laisser s'instaurer des relations de dépendance trop intenses et trop longues .

Mais cette acceptation du risque a aussi tendance à renforcer certains mécanismes de défense du groupe soignant , tels que le fonctionnement fusionnel , et que l'intolérance et le rejet de certains malades paraissant trop avides et trop dépendants .

* Le caractère mixte somato-psychiatrique :

La non ségrégation entre malades somatiques et psychiatriques induit elle aussi un certain nombre de particularités.

Pour ce qui concerne l'équipe infirmière, la nécessité d'effectuer un travail important de soins somatiques (encore augmenté par une participation au travail de nuit de l'un des offices d'urgence) peut

11

apparaître comme une limitation à la pratique du soin psychiatrique (participation aux groupes , aux entretiens...), mais surtout à la disponibilité aux malades , une partie importante du travail se faisant sous forme de conversations spontanées en salle de soins . Si cette limitation est bien réelle et parfois gênante , il semble néanmoins que la diversification de leur modes d'intervention permet aux infirmières d'une part de pouvoir régler leurs possibilités d'investissement personnelles , en préférant pour un temps augmenter la part somatique ou psychiatrique de leur travail , d'autre part et surtout d'éviter d'établir une différence " de nature " entre malades somatiques et psychiatriques , reconnus comme une collectivité de personnes hospitalisées avec lesquelles les identifications sont beaucoup plus faciles que dans un milieu hospitalier strictement psychiatrique .

Cette non ségrégation est très bien perçue par les malades psychiatriques et intervient comme un appui très précieux dans leur démarrage d'une démarche personnelle de guérison , et leur renoncement à une situation d'abandon et de dépendance .

Pour les malades somatiques , le rapprochement avec des gens souffrant et parlant

de leur difficultés psychologiques ,
 outre qu'il démythifie l'image du " fou "
 leur permet assez souvent de porter sur
 eux-mêmes un regard qu'ils n'avaient jamais
 osé envisager , et parfois de poser une
 demande de soins .

Enfin ce caractère mixte du
 service permet de traiter toute une caté-
 -gorie de malades dont on ne sait pas
 bien , devant l'intrication pathologique ,
 s'il vaut mieux les aborder du côté
 somatique ou psychiatrique .

La présence d'une équipe médicale
 somaticienne est bien souvent rassurante
 pour le psychiatre (en espérant que
 l'inverse soit parfois vrai) . Parfois
 c'est le somaticien , exclusivement investi
 par un malade , qui devra faire oeuvre de
 psychiatre .

Toutes ces caractéristiques font de N2 une
 institution assez originale dans son fonctionnement
 et ses conceptions thérapeutiques en psychiatrie
 (beaucoup moins par position idéologique définie
 que par un ensemble de facteurs structurels et fonc-
 -tionnels). La population soignée est elle - même
 très particulière , de par ses modalités de recru-
 -tement et d'indications . Cela ne manque d'ailleurs
 pas de poser certains problèmes , et la rivalité

entre N1 (un office d'urgence) et N2 s'exprime souvent sous la forme de désaccord à ce sujet . L'équipe de N2 reproche à N1 de lui envoyer des malades sans que l'indication ait été bien posée , et N1 proteste de ce que des malades " venus d'ailleurs " s'installent à N2 et immobilisent des lits .

Ce caractère apparemment choisi de la population de N2 est souvent avancé par des médecins des hôpitaux psychiatriques dans leur accusation contre le service d'urgence de garder " les meilleurs " malades ... Comme toujours il faut qu'il y ait un bon et un mauvais , ce dernier étant toujours l'autre évidemment .

Travaillant dans un domaine qu'elle sait très particulier , il ne semble pas que l'équipe de N prétende s'arroger l'exclusivité en matière de soins psychiatriques . Telle qu'elle a été conçue et qu'elle fonctionne , cette institution représente un instrument de soins adapté et spécialisé à une pathologie assez bien définie .

Cette spécialisation a entre autres pour conséquences de limiter les soins à la période d'hospitalisation : après leur sortie de l'hôpital seuls de très rares malades continuent à être suivis , généralement devant l'impossibilité de les adresser ailleurs (secteur ou privé) .

Quelques patients continuent à être suivis en psychothérapie : on peut voir là peut-être l'expression d'une difficulté à supporter la

se faisait surtout par rapport aux menaces extérieures dont nous parlions plus haut , et que le soin psychiatrique , bien que très investi , ne pouvait que difficilement faire l'objet d'une réflexion (et éventuellement de conflits) communs .

Devant ce morcellement du travail de soins (à rapprocher d'ailleurs du travail " en miettes " des offices d'urgence) , furent instituées plusieurs modalités de réunions d'équipe , dont P. LEMOINE dit qu'il " s'agit (d'y) marquer et reconnaître la différence entre les soignants et les soignés . Cette différence affirmée par une équipe fusionnelle permettra de vaincre l'angoisse de mort créée par l'identification aux malades " .

Parallèlement le malade , non dupe , recherche des alliances avec l'un ou l'autre des soignants , et ainsi nanti de " son " docteur ou de " son " infirmière , il ne participe que fort peu aux réunions soignants - soignés , qui sont dans l'ensemble mornes et tendues , cela ne faisant que renforcer la séparation des groupes soignants et soignés , et renforcer la culpabilité des soignants , multipliant les démarches réparatrices individuelles .

La réflexion progressivement entreprise à partir de cette situation conduit l'équipe à décider de mettre en place un système différent de réunions soignants - soignés , qui , dans le projet initial

doivent devenir le lieu principal des échanges thérapeutiques , l'entretien individuel n'étant prévu que sur indications .

Ce projet est à mettre en parallèle avec la pratique déjà en place depuis plusieurs mois à N1 du " groupe d'accueil " , où tous les entrants participent une fois , et au terme duquel sont décidées les orientations thérapeutiques et l'indication éventuelle d'entretiens individuels .

Les malades psychiatriques nouvellement arrivés à N2 sont ainsi répartis arbitrairement dans chacun des trois groupes créés . Ils resteront dans ce groupe jusqu'à leur sortie , et parfois un peu au delà .

Chaque groupe comprend ainsi six à huit patients en majorité psychiatrique , et un membre médical permanent : interne ou étudiant du Certificat d'Etudes Spéciales de Psychiatrie . Chaque groupe sera d'ailleurs désigné par le nom de son membre permanent .

Les infirmières s'y distribuent en fonction de leurs horaires et de leur disponibilité . Il leur est parfois possible de participer à toutes les réunions d'un même groupe pendant une à deux semaines , mais le plus souvent , et ce sera un argument souvent repris au passif de cette méthode , elles ne peuvent assurer qu'une participation très épisodique.

D'un autre point de vue , cette circulation entre les groupes offrait quand même l'avantage de leur permettre de connaître au moins un peu tous

les malades et d'atténuer les clivages éventuels entre les trois groupes .

La participation des deux psychologues à ces groupes a été et est restée la source d'un conflit assez grave .

Leur réticence clairement exprimée se fondait sur l'inexpérience et l'incompétence en matière d'animation de groupe du personnel soignant , ce qui était d'ailleurs tout à fait la réalité .

Le malentendu est né d'une différence de conception qui s'est avérée irréductible , du travail en groupe . Il n'avait pas été question dans le projet initial , et encore moins par la suite , de faire , dans les règles , un travail de psychothérapie de groupe au sens strict . Il s'agissait bien plutôt de la tentative d'instituer , avec une fréquence suffisante , et dans des conditions de nombre favorables , des moments de rencontre entre groupe soignant et groupe soigné où , sans incitation ni analyse particulière , pourraient ainsi se dire et se réagir des choses qui soient au groupe , favorisant la reconnaissance des uns par les autres et s'opposant aux forces de morcellement qui vont si souvent dans le sens d'un renforcement de la pathologie .

D'autre part ces groupes ne pouvaient être détachés de la vie collective du service dont ils devaient être l'expression instituée .

Le rôle de l'animateur consistait essentiellement

à repérer et verbaliser les phénomènes de dépendance et de fusion qui étaient en jeu , les soignants présents énonçant en principe leur point de vue sur telle ou telle situation , ainsi que leurs décisions thérapeutiques .

On était bien loin en effet d'une neutralité de type analytique , et la suggestion n'y était pas absente .

Dans la pratique , ces groupes connurent des périodes très variables , allant de la répétition interminable et fastidieuse de thèmes régressifs de dépendance , exprimés parfois sur un mode très revendicatif , à des réunions extrêmement animées et riches où l'ensemble des membres du groupe (y compris les soignants) accomplissait de toute évidence un travail très constructif .

On ne tardait d'ailleurs pas à remarquer que ces périodes avaient tendance à constituer des phases , grossièrement communes pour les trois groupes , et donc intéressant l'ensemble du service et non un groupe du au hasard de malades particulièrement dépendants ou au contraire très capables de poser des demandes élaborées .

Sans négliger les variations bien réelles de la composition du groupe soigné , il est apparu à l'observation que , pendant les phases où les groupes remplissaient bien leur fonction , l'équipe soignante traversait elle aussi des

périodes favorables :

- Elle pouvait se rendre disponible ,
et la salle de soins remplissait son
rôle de lieu de rencontre où se produi-
-saient de très fréquentes conversations
ou petites réunions spontanées .

- Elle était capable d'accepter une
différenciation des rôles en son sein :
les conflits pouvaient prendre une autre
forme qu'une revendication pour le
pouvoir (sur laquelle nous reviendrons
plus loin) , et chacun avait d'ailleurs
la sensation d'être plus à l'aise .

De même l'équipe supportait qu'une
infirmière prenne des initiatives ,
même si cette différenciation n'allait
pas sans problèmes : ainsi la création
d'un groupe de dessin , ou de séances
d'expression corporelle avec une mala-
-de , etc ...

- Enfin elle assumait beaucoup mieux le
" risque " dont nous parlions plus haut ,
sans que ce soit en rien de l'indifférence
comme si elle était suffisamment sûre
d'elle pour ne pas chercher à maîtriser
l'expérience du sujet psychotique à sa
place (ce que l'on pourrait rapprocher
de la conduite du soin anti-psychiatrique) .

Ainsi pour cette jeune femme vivant dans une communauté assez marginale et ayant fait brusquement une bouffée délirante , la thérapeutique n'a comporté qu'un traitement chimio-thérapique très discret et a été centré sur des rencontres avec le groupe soignant , spontanément et aux réunions instituées . Elle présentait cependant un état pseudo-confusionnel impressionnant qui faisait redouter un accident grave , et des ébauches de fugue très fréquentes qui obligeaient les infirmières à aller la rechercher entre autres dans l'office voisin où elles se faisaient alors reprocher leur imprudence .

Dès le début de son amélioration des réunions furent organisées entre l'équipe soignante et sa communauté , en sa présence , Ce qu'elle y entendit , et ce qui put s'y résoudre lui fut certainement une aide très précieuse dans sa restructuration et sa guérison .

Il n'y eut en tout cas ni fusion ni rejet , sans doute parce que l'équipe soignante était à ce moment-là assez solide et cohérente pour la laisser régler sa distance et son mode relationnels , sans se départir de son attention .

Inversement les phases de " stagnation " des groupes correspondaient à des périodes où l'équipe de soins avait tendance à retrouver son mode de fonctionnement fusionnel et morcellé .

Les réunions d'équipe étaient dépressives ou maniaques , et la verbalisation des conflits reprenait la forme de revendications .

La salle de soins était déserte , ou l'attitude de ses occupants n'était certainement pas un encouragement à venir lier une conversation . D'ailleurs les malades avaient eux aussi tendance à revendiquer.

On s'ennuyait ou on s'activait , tout le monde se sentait plus ou moins fatigué .

Les équipes somaticiennes et psychiatriques se rencontraient peu , et chacun avait de bonnes raisons de ne pas venir aux réunions " flash " bi - hebdomadaires .

La " case des hommes " , ainsi qu'était surnommée une réunion de psychiatres qui se tenait le mercredi matin , était abrégée , morose , sans idées , et cible de l'ironie infirmière .

C'était aussi le temps où le sentiment d'injustice augmentait au cours du conflit permanent , toujours non résolu , de la participation des infirmières de N2 au travail de nuit de N1

Les groupes étaient alors une institution vide de sens , ne représentant rien d'autre que leur monotonie , car sans l'assise de la vie d'une collectivité . Les infirmières s'y faisaient rares

et restaient silencieuses , et tout le monde se demandait à quoi cela servait .

L'existence très nette de ces phases n'a pas pu être rapportée à des faits bien précis de la vie du service . Plusieurs facteurs interviennent certainement , qu'il serait intéressant d'étudier sur une période plus longue . Il faut en tout cas insister sur le fait que les caractéristiques de ces phases ont un retentissement indubitable sur la qualité du soin psychiatrique . Nous verrons dans un chapitre ultérieur s'il est possible d'en faire une approche théorique .

LES PROBLEMES DE MATERNITE A N2 :

Il est intéressant de noter que dans la plupart des discussions des soignants de N , et en particulier des psychiatres , concernant la création , le développement et le fonctionnement de N2 , on comparait volontiers cet office à un enfant bien ou le plus souvent mal né , qui grandissait , faisait sa crise d'indépendance , recherchait son père ...

Il a même été donné , lors d'une discussion publique , l'image d'une fratrie pour parler des internes successifs de N2 .

Les comparaisons étaient bien sûr maniées avec tout l'humour nécessaire et la distance requise , mais leur répétition ne manque pas d'attirer l'oreille .

D'autant plus que dans le service lui-même l'équipe soignante se posait beaucoup de questions sur les soins psychiatriques aux malades psychotiques , et en particulier sur les aspects de ceux-ci ayant trait à la maternité : utilisation et limite du maternage , relations de dépendance de type oral , sevrage des toxicomanes , soins aux psychoses puer-pérales , travail infirmier sur le corps , situation de rivalité parfois avec des mères de malades , etc...

L'accueil dans le service des malades psychotiques favorisait d'ailleurs le plus souvent la régression : on insistait sur la fonction sécurisante et protectrice , en essayant de donner une image de " bonne mère " .

La question pouvait se formuler ainsi :

" S'il existe entre soignants et soignés une relation d'ordre mère-foetus , mère-enfants ou parents-enfant , qu'est - ce qui en découle pour l'équipe de soins dans sa compréhension et dans ses décisions thérapeutiques ? "

Il est probable que cet intérêt pour les problèmes de maternité a été grandement stimulé par les caractéristiques structurelles et historiques de cette unité : il se peut que l'aspect fusionnel qui marquait au début les modes d'intervention soignante ait rapidement fait attirer l'attention sur

les problèmes de maternité et d'avortement .

Il est certain aussi que l'intérêt porté par le chef de service aux problèmes alors aigus de l'interruption de grossesse , et l'utilisation possible de ce nouvel office pour la réalisation de ces interventions , sensibilisèrent particulièrement l'équipe infirmière .

Toujours est-il que dès les premiers mois de fonctionnement il y eut huit observations de grossesse chez des jeunes femmes psychotiques pour lesquelles on parlait d'avortement thérapeutique , et trois d'entre elles avaient même des tests biologiques de grossesse positifs . Dans tous les cas on s'est aperçu , plus ou moins rapidement , de l'absence de grossesse réelle , et dans un cas un avortement fut même pratiqué sur un utérus vide .

L'accumulation de ces observations parut d'abord une curiosité , puis une coïncidence , enfin un phénomène se passant dans l'institution et dans l'équipe soignante , concernant la maternité , le fœtus , l'avortement ou l'accouchement , que l'on devait s'efforcer de comprendre . D'autant plus qu'à cette époque a été hospitalisée dans le service une jeune mère infanticide , qui avait très fortement impressionné l'équipe infirmière et provoqué d'intenses mouvements d'identification , tant positive que négative .

Cette démarche a pu s'envisager au cours de l'hospitalisation d'une malade psychotique dont l'observation , particulièrement riche , a pu en quelque sorte servir d'analyseur du fonctionnement de l'équipe soignante , et permettre , à défaut d'y répondre , de poser un certain nombre de questions .

OBSERVATION" ANALYSEUR "

Christiane est une jeune femme de vingt et un ans, admise dans le service en urgence , extrêmement dépressive et régressée , mutique , figée , ne tenant pas debout , ne mangeant pas , enfermée dans un état de stupeur confusionnelle quasiment catatonique .

Lors de son arrivée on ne possède que fort peu de renseignements : on sait seulement que cet épisode s'est déclenché brutalement à la suite d'un avortement pratiqué dans le service de gynécologie-obstétrique d'un autre hôpital lyonnais .

Deux personnes s'enoccupent dès le départ : un interne nouvellement arrivé dans le service et une stagiaire infirmière que , très vite , et sans que l'on sache pourquoi , Christiane sera la seule à laisser l'alimenter et lui donner des soins .

Pendant plusieurs jours le contact ne peut être établi avec elle que par la médiation des soins corporels , des toilettes (elle faisait alors ses urines et ses matières dans le lit) et de l'alimentation qu'il fallait donner à la petite cuillère .

Elle peut se lever au bout d'une semaine environ , mais garde une expression très figée , hébétée , avec un fort strabisme divergent .

Elle ne pouvait rester près de quelqu'un plus de quelques instants sans ébaucher plusieurs fois un mouvement de fuite , et finalement partir .

C'est alors que nous pûmes obtenir d'avantage de renseignements , et apprendre que , cinquième d'une famille de huit enfants , sa mère fit une " dépression " alors qu'elle avait deux mois , provoquant son placement , seule de tous les enfants , chez des tantes qui l'élevèrent jusqu'à ses études d'aide - puéricultrice .

Un an auparavant , ayant commencé à travailler dans un service de pédiatrie , elle avait fait un premier épisode de confusion et de régression , moins grave que l'actuel cependant , et qui avait cédé après trois semaines d'hospitalisation en milieu neurologique .

L'épisode actuel était en effet survenu à la suite d'un avortement , mais l'on apprenait les conditions étonnantes dans lesquelles il avait été pratiqué : enceinte de deux mois d'un garçon qui avait disparu rapidement , Christiane s'était rendue à la consultation d'interruption volontaire de grossesse de l'Hôtel Dieu , mais après une discussion avec la psychologue attachée au service , avait renoncé à son projet .

La suite est très floue , et restera toujours un peu mystérieuse : il semble que Christiane se soit quand même présentée pour l'intervention , ait été prémédiquée , mais ait refusé au dernier moment . Elle serait alors sortie de l'hôpital , aurait fait

un malaise dans la rue , aurait été ramenée dans le service , où l'avortement aurait été pratiqué sans plus de façon .

L'ensemble de la scène s'est déroulé avec la participation active de deux soeurs aînées : ce sont elles qui laisseront planer le mystère sur les circonstances exactes et qui se présenteront dans notre service comme très déprimées et culpabilisées .

Apprenant les circonstances de l'avortement , les membres de l'équipe , qui au départ pensaient qu'il s'agissait seulement d'une intervention pratiquée dans de mauvaises conditions psychologiques , réagirent assez violemment à ce qui leur apparut comme un scandale , et se hâtèrent de trouver les coupables dans les personnes des deux soeurs .

Il faut signaler aussi que pendant ces premiers jours , un fantasme courait que l'avortement n'avait pas été pratiqué , et que donc Christiane était toujours enceinte .

C'est à ce moment que se situe la première intervention d'un psychanalyste , le Docteur RESNIK, venant régulièrement tous les mois dans le service pour aider l'équipe à situer les problèmes institutionnels à travers les malades qu'elle lui présentait .

L'entretien , qui a lieu en présence de deux soignants et de la soeur de la malade , se déroule avec une Christiane toujours pratiquement mutique , dont l'aspect figé de l'expression et du corps contrastait avec une activité motrice incessante des membres

inférieurs : croisement et décroisement , passages répétés de la position assise à une ébauche de marche vite interrompue , comme suspendue...

Pendant l'entretien le Docteur RESNIK s'adresse essentiellement à la soeur de Christiane : il la réintroduit ainsi dans ses liens familiaux , la situe dans un monde repérable où elle a , de fait et de droit ; sa place , même quand , plus tard , sa soeur ne viendra plus la voir .

Dans les jours suivants le comportement de Christiane se modifie notablement : elle déambule dans les couloirs , vaguement fantômatique , mangeant énormément et avec avidité des plats comportant de préférence de la crème ou du lait , qu'elle engloutit à l'aide des doigts .

Elle aborde avec ses soignants des thèmes de culpabilité , d'auto-accusation , d'indignité , prenant souvent une attitude de prière , pour en arriver à s'auto-mutiller en se brûlant gravement les seins avec une sorte d'indifférence qui provoque l'horreur et l'intérêt brutal de l'équipe soignante très désemparée .

Elle reste dans cet état pendant plusieurs semaines , apparaissant aux groupes comme une personne très souffrante et laconique , provoquant chez les autres l'envie de s'occuper d'elle avec affection , de la protéger . Plusieurs malades assez âgées du service , rapidement surnommées "les matrones" ,

prennent ce rôle , parfois en rivalité ouverte avec les infirmières qui pensent qu'entretenir Christiane dans un état régressif est plutôt nocif pour elle .

En fait , la relation avec l'équipe soignante reste encore en grande partie limitée à l'élève infirmière et à l'interne qui s'en étaient occupés dès le départ./

C'est très progressivement qu'une nouvelle image de christiane prend naissance dans le service : des hommes , jeunes et vieux , se sont peu à peu joints au cercle des protectrices de Christiane et le fantasme se précise , plus ou moins soutenu par la réalité , d'une mise à profit de sa passivité pour une utilisation sexuelle , dont l'équipe soignante pense qu'elle est totalement dénuée de plaisir .

Cependant l'attitude de Christiane devient séductrice , surtout envers son médecin , à qui elle demande de l'examiner et de refaire ses pansements . Elle lui propose en même temps de le nourrir avec ses seins qu'elle couperait et pétrirait pour lui .

C'est à ce moment que se situe la démarche de deux infirmières du service de tenter une prise en charge intensive de type maternant et fondée sur une approche corporelle . En prologue est pratiqué un test biologique de grossesse , dont le résultat négatif met fin par sa réalité à la croissance d'un foetus fantasmatique et clandestin qu'on plaçait plus ou moins confusément dans son ventre .

Cette démarche active des infirmières sanctionnait un certain nombre de constatations ou d'impressions :

- Le temps passait , et Christiane dont l'amélioration ne leur paraissait pas évidente était en passe de battre le record de durée de séjour .

- Elle semblait avoir besoin d'une protection vigilante contre tous ces hommes qui lui tournaient autour .

- Il existait un certain sentiment de culpabilité attribué à l'insuffisance de la prise en charge par deux débutants , l'interne en particulier paraissant trop séduisant ou trop facilement séduit , ne jouant pas suffisamment le rôle de protecteur dont Christiane avait besoin , image paternelle insuffisante empêtrée dans une relation érotisée .

Cette prise en charge se destinait donc à être puissamment protectrice , limitative et efficace , bref une affection tout orthopédique , une sorte de choc maternel .

Malheureusement dès le premier essai , la tentative fut un échec , le geste dédié au corps restant suspendu , faux , incongru , et le projet de maternage fut abandonné le jour même .

Il s'ensuivit une période de délectation morose et vaguement coupable , à voir la reprise en main de Christiane par les " matrones " , en rivalité ouverte avec les infirmières , disant : " Christiane mange , mange , tu n'as pas à regarder les infirmières " et celles-ci de penser : " puisqu'elles s'occupent

tant de toi , tu n'as qu'à te débrouiller avec elles ."

Christiane semble jouer le jeu : elle affiche un sourire ironique , refuse les dons , saisit ses comprimés avant qu'on les lui tendent .

Sa mère vient pour la première fois la voir à l'hôpital ,et Christiane , pendant une heure , feint de l'ignorer et de ne pas la reconnaître , sous le regard des " matrones " du service . Après cela elle accepte de la reconnaître et l'appelle " ma petite maman chérie " .

Cet incident lui vaut dès lors parmi les malades une réputation de méchanceté et d'ingratitude , et Christiane devient de plus en plus capricieuse et insupportable , réclamant et refusant à contre-temps , arrachant systématiquement ses pansements , adoptant un comportement qui est de moins en moins toléré par l'équipe , jusqu'au jour où l'une des deux infirmières qui avaient projeté la prise en charge maternante échange avec elle des gifles à l'occasion d'un incident plus provocateur que les autres . Cette gifle , quel'équipe toute entière reprend à son compte , n'a pas été une réponse impulsive , mais avait été préparée par des discussions dans l'équipe. Elle venait clore une longue période où Christiane avait à plusieurs reprises giflé des membres du personnel , sans que personne ait pu dépasser sa culpabilité de la gifler en retour .

Elle sert de catalyseur , permettant à une bonne partie des personnes hospitalisées d'exprimer leur agressivité envers l'équipe soignante .

Celle-ci peut assumer cette agressivité et en discuter avec les malades au cours de plusieurs réunions , de manière très positive .

Quelques semaines plus tard se situe la deuxième intervention de Monsieur RESNIK qui dit en substance à l'équipe soignante : " Pourquoi vouloir vous hâter dans votre gestation de Christiane , au risque de l'avorter ? Donnez-vous le temps d'accoucher et laissez-lui le temps de grandir ... "

Dès lors les choses vont très vite : une semaine après , sans que le comportement des soignants ait été modifié de manière perceptible , Christiane s'améliore brusquement , se maquille et s'habille de manière coquette , et noue , d'abord avec les infirmières , puis à l'extérieur du service , des relations affectueuses et équilibrées où ne persiste qu'une discrète dépendance .

Elle n'est plus ni déprimée ni angoissée , du moins pas plus que le commun des mortels , et elle peut parler de la période qu'elle vient de vivre , de manière cohérente et utile .

Elle quitte le service pour aller vivre chez ses vrais parents , puis , après quelques difficultés va s'installer dans la région parisienne pour reprendre son métier d'aide - puéricultrice .

Elle est revenue déjà plusieurs fois en consultation et continue d'aller bien .

On rencontre aux détours de cette observation des personnages maternels multiples et très différents . On peut même dire que l'on se perd très vite dans cet univers maternel où l'on peut reconnaître :

- Christiane , comme mère en échec (avortée) .
- Christiane , comme mère fantasmatique
 - . D'un foetus clandestin
 - . D'un foetus détruit et destructeur , distillant la psychose .
 - . Mère nourricière monstrueuse .
- La mère réelle de Christiane dont la " dépression " après l'accouchement attire l'attention .
- Le milieu familial de remplacement où évoluent deux mères substitutives .
- Les " matrones " et les hommes du service , utilisant sa passivité pour s'offrir à bon compte les gratifications d'être " bonne mère " et d'entrer ainsi en rivalité avec les infirmières .
- Les infirmières enfin , qui ont été confrontées tout au long du séjour de Christiane à des fonctions maternelles ou à des images de mère très diverses .

Mais une autre dimension de la maternité a pu se dégager au cours des interventions du Docteur RESNIK , qui permettaient de percevoir le service dans son ensemble comme une mère qui voudrait ou ne voudrait pas accoucher , qui douterait de la qualité de ses soins , et de ses possibilités à

contenir et à bonifier les choses épouvantables déclenchées par la psychose et induites dans le " corps soignant " s'il se mettait à reconnaître un sens dans ce que les malades provoquent en son sein et s'il ne pouvait très vite s'en débarrasser .

Cette notion de " service gestant " , même si elle apparaît quelque peu théorique , permet quand même de retrouver une certaine unité dans l'histoire de l'hospitalisation de Christiane , au milieu d'une confusion d'images et de registres , tant d'ailleurs dans ce que Christiane et son entourage donnaient à voir ou à entendre , que dans les réponses à volonté thérapeutique de l'équipe soignante .

Déroutante logique des opposés et des contraires , rappelant la grande confusion des générations des psychoses du post - partum : où est la mère , qui est la fille ... Jeu d'attirance et d'englobement , dramatisé simultanément sur plusieurs scènes , où les mêmes personnes sont des personnages opposés .

Le tout découlant de la destruction d'un fœtus que l'on imagine volontiers féminin , et où tous les registres de la maternité se succèdent , des plus archaïques aux plus oedipiens .

La tentative " maternante " des deux infirmières est particulièrement éclairante à cet égard : on a suivi les aventures de l'interne , et vu la rivalité que la pseudo-sexualisation de sa relation avec Christiane suscitait chez les infirmières.

La volonté de prise du pouvoir par celles-ci , dans

un registre tout à fait oedipien , s'est traduit dans une réponse double : ce qui apparaissait , c'est à dire la réponse de type " mère contenante " , découlait de la perception et de la crainte que ce corps mutilé que Christiane offrait à qui voulait le prendre , ne puisse que se détruire dans ces rapprochements . Cette réponse était donc apparemment adaptée et située dans le registre archaïque où vivait Christiane .

Par contre toute la charge oedipienne qui constituait une réponse agie et non dite , infiltrait la tentative thérapeutique et la rendait inopérante .

En quelque sorte on se trompait d'histoire d'amour , et l'acte soignant restait frappé d'ambivalence .

En continuant à utiliser cette métaphore de " service gestant " , apparaissait aussi l'impossibilité de présence d'un père dans le sein de la mère : il n'y a que des images masculines plus ou moins favorables , et le désir d'un père , mais celui-ci est extérieur :

- Père réel forclos
- Père au pénis dangereux qui a introduit la " non chose " dans le ventre de Christiane avec une sonde de Karmann , et la psychose dans le service
- Père favorable représenté par le Docteur RESNIK , reconnaissant la mère dans sa gestation et introduisant le temps gestationnel , espace mesuré s'ouvrant sur une dynamique rythmée , qui abolissait tous les fantasmes de grossesse monstrueuse et

interminable , de foetus détruit ayant l'intemporalité de la mort .

Il était alors possible au service d'accepter sa maternité sans être envahi par la confusion psychotique de gifler Christiane de manière réfléchie et unanime (on ne gifle pas un foetus) , d'assumer cet acte face à l'interpellation anxieuse et agressive des autres malades , de se reconnaître , et donc de permettre à Christiane elle aussi de se reconnaître comme sujet désirant .

Il semble donc que l'équipe soignante ait pu devenir thérapeutique quand , en partie grâce à un tiers , elle a pu se dégager de l'emprise d'un " objet psychotisant " qui organisait et sous tendait tout le système relationnel établi entre cette malade et le groupe des soignants . Cette aliénation était tout à fait inconsciente et n'apparaissait pas telle quelle dans les actes soignants qui la révélaient .

Nous nous proposons dans les chapitres suivants de développer les deux notions dégagées de cette observation : la notion " d'objet enfant mort " et celle de " corps soignant " .

LA NOTION " D ' OBJET ENFANT MORT "

Si l'on se réfère au " Vocabulaire de la psychanalyse " de LAPLANCHE et PONTALIS , la notion d' "objet" dans l'oeuvre de FREUD et de ses successeurs est envisagée sous trois aspects principaux :

1)- L'objet se définit d'abord par rapport à la pulsion : " il est ce en quoi et par quoi celle-ci cherche à atteindre son but , à savoir un certain type de satisfaction " .

2)- L'objet , corrélatif de l'amour ou de la haine , est moins contingent . Il a des qualités propres qui le rendront aimable ou détestable .

3)- L'objet , en tant que corrélatif du sujet percevant et connaissant , apparaît , dans ce sens comme le fondement de la différenciation entre le Soi et le Non - Soi , l'adjectif correspondant serait " objectif " .

Nous utiliserons dans cette étude le terme d'Objet dans sa deuxième acception : objet d'amour ou de haine , tout en constatant que cela n'exclut ni le recours à la théorie freudienne des

pulsions , ni les conséquences de l' "objectivité" de l'objet sur l'identité du sujet .

D'après les découvertes de Mélanie KLEIN et de l'Ecole Anglaise , " Ces objets , qu'ils soient totaux (le père , la mère) ou partiels (le sein , le pénis , les fécès , les enfants dans le corps de la mère...) seront dotés de qualité par le biais des projections du sujet . Projetés ou introjetés , externes ou internes , ils sont autant de précipitations des expériences de plaisir ou de déplaisir du sujet , et exercent fantasmatiquement sur lui une action en retour , persécutrice ou rassurante ...

" L'objet représente alors la cristallisation à l'intérieur ou à l'extérieur du sujet , de ses sentiments . "

J. HOCHMANN Séminaire 1975

Dans la théorie kleinienne , l'objet " enfant mort " nous semble répondre aux qualités de l'objet partiel de la position schizo-paranoïde .

"Cette position se caractérise par les traits suivants : les pulsions agressives co-existent d'emblée avec les pulsions libidinales et sont particulièrement fortes . L'objet est partiel (principalement le sein maternel) et clivé en deux , le " bon " et le " mauvais " objet. Les processus psychiques prévalents sont l'introjection et la projection . L'angoisse , intense , est de nature persécutoire (destruction par le " mauvais " objet)".

LAPLANCHE et PONTALIS

L'enfant mort serait alors l'aspect mauvais de l'objet " enfant partie du corps maternel " qui a un rôle si important dans la vie fantasmatique du petit enfant .

Cet objet est exposé à des sentiments contradictoires qui ne sont pas uniquement destructeurs :

" Plus elle craint d'être empoisonnée ou attaquée , plus la petite fille exposée aux premières situations anxiogènes réclame le " bon " lait , le " bon " pénis et les enfants dont sa mère disposerait sans restriction " .

Mélanie KLEIN

La psychanalyse des enfants -

Mais dans cette avidité pour le " bon " contenu du corps maternel " qui a tout ce qui peut combler ses désirs et apaiser ses craintes " , l'enfant , par les mécanismes de l'envie , craint d'abîmer ce qu'il incorpore avec tant de vigueur , s'exposant à la vengeance d'une mère épuisée et détruite .

D'autre part les pulsions sadiques anales exposent le corps maternel et son contenu à des attaques extrêmement violentes dont les enfants supposés s'y trouver sont bien évidemment les victimes .

L'objet ainsi détruit , l' "enfant mort" devient alors un persécuteur , la menace d'un châtiment équivalent aux dégâts causés par son avidité et sa haine .

" Le contenu de son propre corps lui paraît peu rassurant après ses attaques fantasmatiques contre l'intérieur de sa mère au moyen de ses excréments toxiques et destructeurs . En vertu de l'équivalence des selles et des enfants , les fantasmes d'avoir de " mauvaises " selles conduisent à des fantasmes de porter un " mauvais enfant " , un enfant qui soit " monstrueux " , difforme . "

Mélanie KLEIN

Ibidem

DEVENIR DE LA " RELATION D'OBJET SCHIZO-PARANOÏDE "

Dans le cas habituel d'une relation satisfaisante entre l'enfant et sa mère , (une mère suffisamment " bonne " comme le dit WINNICOTT) , la capacité de celle-ci à donner des soins affectueux et permanents malgré les attaques sadiques permet à l'enfant de dépasser ses angoisses paranoïdes et d'aborder la position dépressive .

Une insuffisance de cette fonction de " bonification " maternelle (BION) entretient au contraire le clivage des images maternelles et l'intensité des mécanismes défensifs schizo-paranoïdes .

Cependant , même dans l'évolution favorable qui conduit le " Moi précoce " morcellé de l'enfant à se constituer une identité , à " intégrer ses objets en s'intégrant lui-même , et , par la diminution des

mécanismes de projection , à exercer une différenciation croissante entre ce qui est soi et ce qui est objet " (H. SEGAL) , il ne s'agit jamais d'une acquisition complète et parfaite , répondant à la loi du " tout ou rien " .

Ce dépassement est la résultante d'un " compromis entre pulsions libidinales et pulsions agressives " , mais le Moi aura toujours à " administrer ses angoisses paranoïdes " (M. KLEIN) , ce qu'il fera d'autant mieux qu'il aura accédé à une problématique du désir avec des objets aimés introjectés de façon stable et sécurisante .

" Le travail d'élaboration des positions persécutatoires et dépressives s'étend sur les premières années de l'enfance et joue un rôle essentiel dans la névrose infantile . Au cours de ce processus , les angoisses perdent de leur force , les objets se font à la fois moins idéalisés et moins terrifiants , et le Moi tend à s'unifier . Tout cela est lié à la perception croissante de la réalité , et à l'adaptation à elle " .

Mélanie KLEIN

Développement de la psychanalyse

Les angoisses et les modalités de relation d'objet précoces sont donc progressivement dépassées et transposées dans un registre plus élaboré , mais elles ne disparaissent pas , et leur reviviscence reste possible même chez des personnes possédant des défenses " névrotiques " apparemment solides .

OBSERVATION :

Ainsi Nicole B... est une jeune femme exerçant avec talent et enthousiasme une profession de cadre à haut niveau de responsabilité .

Peu après son divorce , dans lequel elle a pris une part active , tout un pan de son mode d'existence affectif et relationnel s'effondre , et elle doit faire face à des angoisses intolérables , à des pulsions suicidaires dont la réalisation la conduit par deux fois en service de réanimation , à des troubles de ses conduites alimentaires et de la perception de son corps .

Au cours des entretiens apparaissent progressivement l'existence et le caractère pathogène d'un avortement volontaire pratiqué quatre ans auparavant, qui ne lui avait causé à l'époque aucun trouble perceptible , et dont le souvenir avait été en grande partie refoulé .

Dans le même temps peuvent être verbalisées des difficultés de relation avec sa mère , ne se résumant pas à une rivalité oedipienne , mais témoins de conceptions archaïques encore vivantes : aspiration à retrouver sa complétude par un retour dans la maison/mère , impression d'être ce qui , dans sa mère , avait réussi , régime de restriction alimentaire à deux ...

Les situations de maternité réussie ou en échec (grossesse , accouchement , avortement ...)

favorisent la reviviscence de ces premières conceptions d'un monde morcellé où règne la confusion .

Cela fait partie intégrante des phénomènes normaux de la " maternalité " . Ce terme , introduit par RACAMIER , recouvre " l'ensemble spécifique des processus psycho-affectifs se déroulant chez la femme lors de la maternité " . Dans ce " processus conduisant la femme à l'état de mère " , RACAMIER insiste sur l'importance de la relation nouée entre la jeune mère et sa propre mère , alors qu'elle était nourrisson : " La mère de l'enfant redevient l'enfant de sa mère " . Cet aphorisme rend compte , entre autres , de la confusion des générations maternelles que l'on observe si souvent dans les psychoses du post-partum , du retour , à une génération d'intervalle , des premières expériences affectives vécues par la petite fille , et donc éventuellement des accidents qui les ont accompagnées .

Longtemps avant cet auteur , H. DEUTSCH écrivait déjà que pendant sa grossesse , la femme considère son enfant comme une partie de son Moi et comme un objet extérieur " envers lequel elle répète toutes ses relations objectales , positives et négatives , avec sa mère " .

Et Mélanie KLEIN reprenait plus tard :

" De nombreux facteurs contribuent à resserrer les liens affectifs qui unissent la mère à son enfant . En le mettant au monde , elle apporte le plus énergique démenti aux craintes nourries par ses fantasmes sadiques.

La naissance d'un enfant a pour la mère plus d'une signification inconsciente ; l'intérieur de son corps et les enfants qu'il contient sont intacts ou rétablis dans leur intégrité , de même que sa mère , et à l'intérieur de celle-ci , les victimes de ses attaques fantasmatiques , ses frères et soeurs , le père ou son pénis .

Les craintes associées aux enfants sont dès lors non avenues , et l'enfantement prend le sens d'une reconstruction , voire d'une création " .

(La psychanalyse des enfants)

On peut , sans trahir ce texte , en déduire que la mort de l'enfant expose la mère au retour de ses fantasmes et angoisses paranoïdes , confirmés en quelque sorte par la réalité ; la mort de l'enfant prend ainsi le sens d'une destruction et , si les défenses ultérieures de la personnalité sont trop peu étayées , le retour aux défenses propres à ce mode de relation d'objet : clivage , déni , et projection qui font appeler psychotique l'adulte qui les utilise exclusivement .

En somme si , déjà dans le cas de la naissance d'un enfant , il est indispensable que la mère ait suffisamment élaboré ses premières angoisses infantiles , afin de vivre sans encombre la régression heureuse de la " maternalité " , à plus forte raison la mort de l'enfant ou du fœtus ré-actualise les difficultés de la première relation à la mère .

Nous citerons en exemple l'histoire de cette jeune femme suédoise , déjà mère d'un enfant , hospitalisée dans un état de confusion stuporeuse à la suite d'une interruption volontaire de grossesse . Elle put extérioriser par la suite une série de fantasmes , très " corporels " , où elle était elle-même victime de l'avortement désiré par sa mère .

Dans la réalité il apparaissait que , bien que surprotégée , sa mère ne l'avait pas désirée , et elle avait appris plus tard qu'elle avait failli se faire avorter .

Ainsi la relation qui peut s'établir avec cet objet " enfant mort " confronte l'individu , et la femme en particulier , à ce qui se passait lorsqu'il " tuait " véritablement des bébés dans un corps , à cette période de sa vie de " la pensée magique où l'évocation de l'objet et sa présence réelle sont très proches " . (WINNICOTT)

PROPRIETES DE L'OBJET " ENFANT MORT " :

Tout d'abord il nous semble difficile de parler de l'objet " enfant mort " sans rappeler l'existence de son corrélatif , l'enfant vivant dans un corps maternel sûr et affectueux , dont on ne peut l'isoler tel quel .

On ne peut l'envisager que dans un monde clivé et pré-verbal , résultat de la précipitation traumatique de phénomènes fluents , d'équilibres trouvant

dans la dichotomie " bon-mauvais " une forme com-
-mode d'expression , mais qui sont en constant re-
-maniements et transformations .

Cet objet " enfant mort " présente la particu-
-larité d'être localisé à l'intérieur du corps .
Il est bien le résultat , comme nous l'avons vu ,
de processus de projection et d'introjection ,
mais , de par la réalité physique pour le fœtus ,
et de par sa proximité narcissique pour le petit
enfant , le corps de la mère est désigné comme
porteur de l'enfant mort , et le processus patho-
-logique censé y prendre sa source .

Cette localisation dans le corps , (et la dif-
-ficulté à éviter la question ainsi posée par ce
corps) précise brutalement le problème de la
psychose et laisse peu d'échappatoire à l'entou-
-rage (et donc aux soignants) pour éviter l'emer-
-gence en eux des angoisses réveillées par l'identi-
-fication inévitable avec ce corps , symbole d'un
corps détruit , ou , plus exactement , de ce qui
dans un corps est détruit .

Cet objet ne peut remplir , de par sa localisa-
-tion , cette fonction de l' "objet" au troisième
sens où nous l'entendions plus tôt , à savoir comme
fondement de la différence entre le Soi et le Non-
Soi .

Loin de renforcer les limites du Moi , il ré-
actualise au contraire un monde d'indistinction
et de confusion car il reste , détruit, attaché au
corps propre .

On ne peut en faire le deuil comme d'un mort

" ordinaire " . Ce deuil "endétail" dont parle FREUD est impossible avec ce qui , sur le plan fantasmatique , est un être vivant maléfique , partie du corps de la mère , et sur le plan de la réalité , n'est que de l'ordre de la chose .

Nous voulons dire par là que la " chose " enfant mort n'a , après sa disparition , plus beaucoup d'importance , qu'il s'agit d'un objet dont aucune réalité ne peut venir ni confirmer ni infirmer les propriétés , qui n'a ni activité propre , ni épaisseur , ni dénomination (le foetus dans la poubelle) ni représentation universellement admise . Cet objet est par contre un parfait support fantasmatique , qui lui , est commun ; chacun se l'imaginant , s'en défendant , le " transitionnalisant " (nous aurons l'occasion d'y revenir) selon ses possibilités .

Nous voudrions illustrer notre propos par une comparaison avec la croyance aux revenants : la " chose " fantôme n'a pas de forme , ou elle en a une infinité , données par les projections collectives ou individuelles qui viennent se précipiter sur ce support fantasmatique .

Ce que supporte le fantasme de l'enfant mort pourrait être assez proche de ce que BION décrit comme la " Non chose " . Pour lui le petit enfant ignore le manque ou la perte . L'absence n'est pas "rien" , mais c'est un négatif de la présence du bon objet manquant , c'est un objet persécutoire à caractère autonome (au même titre que tous les objets partiels)

cible de projections agressives et source de représailles dangereuses . Cette absence va de pair , dans la conception paranoïde du monde , avec le sentiment d'avoir détruit l'objet absent , d'être responsable de sa perte , et donc immanquablement châtié en retour .

Ce mauvais objet , objet absent " figure du vide " est habituellement intégré et rendu supportable par la possibilité qu'a l'enfant de manipuler les images maternelles internalisées par un déplacement sur des objets avec lesquels il joue , et dont il s'assure de la permanence . C'est le jeu de " la bobine " , prototype du processus de maîtrise de l'enfant sur ses objets internes , et de l'expérience de leur résistance à ses agressions . L'objet " jouet " est alors le symbole des représentations mentales de l'enfant dont il cherche à s'assurer le contrôle , l'ajustement entre sa perception fantasmatique du monde et la maîtrise qu'il peut exercer sur les choses qui s'offrent à son emprise sensorielle et motrice .

WINNICOTT commente la fin du jeu de la spatule ainsi :

" Le petit enfant qui rejette la spatule ne se débarrasse pas seulement d'une mère interne ou externe qui a suscité son agressivité , qui est expulsée et qui pourtant peut être ramenée ... Il extériorise aussi une mère intérieure dont il craint la perte, afin de se démontrer à lui-même

que cette mère intérieure représentée maintenant par le jouet sur le sol n'a pas été détruite par l'acte d'incorporation , est encore bienveillante et veut encore bien qu'on joue avec elle . De la sorte l'enfant révisé ses relations avec les choses et avec les gens à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de lui-même... L'enfant est soulagé de l'humeur dépressive qui va de pair avec l'angoisse concernant la mère intérieure " .

Dans la conception paranoïde du monde , l'objet " enfant mort " ne peut , lui , être manipulé dans un jeu transitionnel d'introjection - projection , car il stigmatise ce qui n'est pas symbolisable : un vide traumatique localisé à l'intérieur du corps propre , laissant béant un manque douloureux où viennent se précipiter les fantasmes et angoisses paranoïdes , ou leurs rejets .

On pourrait dire les choses différemment en se plaçant dans la perspective lacanienne : l'objet " enfant mort " tel que nous l'avons décrit , répondrait d'assez près au concept de " castration" : lieu innomable et intolérable du manque où , selon LACAN , l'individu place le signifiant Phallus protéiforme et jamais satisfaisant .

Ici la réalité " enfant partie du corps propre détruite " reste innommable et ne trouve son expression qu'à travers les symptômes qu'elle provoque , cette expression seule étant éventuellement symbolisable en fonction des capacités de chacun à

négocier ses propres angoisses paranoïdes , sa propre psychose .

L'objet " enfant mort " nous semble donc être un " lieu " psychotisant par les angoisses et les fantasmes qui s'y rattachent , ce qui ne veut pas dire que la symptomatologie résultante soit obligatoirement psychotique dans la mesure où chacun utilise ses défenses les plus solides , en général névrotiques , si elles sont suffisamment étayées , pour éviter le retour de ses angoisses précoces .

Cela rend compte de certains traits pathologiques où , dans ce " gouffre psychotisant " , se manifestent des conflits tout à fait oedipiens . Ainsi peut - on comprendre la dissociation séméiologique chez des femmes ayant perdu un enfant , et qui expriment leur souffrance dans deux registres très différents .

OBSERVATION :

Gisèle M... est institutrice , très attachée aux enfants dont elle s'occupe , mais , pour autant qu'on puisse le savoir , excellente éducatrice , aidant les enfants dans le sens d'une meilleure autonomie , et d'une meilleure expression . Mariée depuis deux ans , elle a perdu en bas âge une fillette , très désirée , atteinte de cardiopathie

congénitale . L'image de sa fille reste dès lors vivante , et elle entretient avec elle une relation fusionnelle folle , lui parlant , lui achetant des vêtements , alors qu'elle résiste de plus en plus mal à des pulsions suicidaires , qui , dans son idée aboutiraient à un suicide à deux .

Cependant elle réussit à garder tous ses symptômes secrets , et ils ne peuvent être rapportés qu'après plusieurs entretiens , au cours d'une hospitalisation motivée par un état anxio-dépressif banal .

Au cours de ces entretiens , et de manière tout à fait parallèle , se révèle un blocage important de la vie affective , blocage indubitablement névrotique , dont la levée permet l'expression de désirs génitalisés , et d'ailleurs l'abandon du déni délirant de la mort de l'enfant .

Donc chez cette femme utilisant avant l'accident des défenses névrotiques assez souples pour lui permettre une vie relationnelle bien épanouie , il apparaît que le rôle pathogène de l'enfant mort s'est exercé à des niveaux différents :

- Un retour en quelque sorte " enkysté " des fantasmes et défenses archaïques ,

- Mais surtout une profonde inhibition de ses manifestations libidinales génitalisées , l'image maternelle répondant dans le discours , elle aussi , à ces deux registres ,

- mère archaïque idéale , parfaitement bonne et dévouée , modèle d'identification hors duquel il

n'était pas de salut

- mais aussi rivale oedipienne se dégageant progressivement au fil des entretiens , en même temps que se levaient les interdits , et que s'opérait la guérison .

L'objet " enfant mort " semble dans ce cas avoir été psychotisant et cause du retour d'angoisses paranoïdes non entièrement dépassées , mais , et c'est le point sur lequel nous voulions insister , cause aussi d'une reviviscence d'un conflit oedipien assez bien étayé pour ne s'être pas effondré dans une catastrophe régressive .

LA NOTION DE " CORPS SOIGNANT "

Nous avons utilisé , à la suite de l'observation " analyseur " , l'expression de corps soignant sous une acception métaphorique que nous n'avons alors pas cherché à approfondir d'avantage . Telle qu'elle nous était donnée par le Docteur RESNIK elle pouvait apparaître comme correspondant à la possibilité de cet observateur extérieur de saisir la situation dans son ensemble , de porter un regard global sur une situation clinique complexe .

Mais il nous semblait que , au-delà de cet aspect , cette métaphore avait valeur de concept rendant compte d'une réalité du soin psychiatrique , d'approche difficile , concernant le fonctionnement (conscient et inconscient) du groupe soignant , et les inter-relations entre soignants et soignés .

Pour tenter de cerner ce que recouvre cette métaphore , nous allons partir de ce qu'il y avait de plus visible dans le fonctionnement de cette équipe soignante psychiatrique , en distinguant (un peu artificiellement) l' "équipe de soins" du "groupe des soignants" et enfin du "corps soignant" .

1)- L'équipe de soins psychiatriques :

Ce qu'on voit de cette équipe soignante par une observation grossière , c'est qu'elle est , comme beaucoup d'autres , constituée , organisée , différenciée , et hiérarchisée .

Elle se fonde sur des règles , admises ou discutées , pour accomplir une certaine tâche (soignante) avec les moyens qu'elle recherche ou dont elle dispose .

Elle tend à éviter les conflits très graves pouvant aboutir au rejet d'un de ses membres , même si des exclusions "internes" se produisent .

Les conflits y prennent souvent une expression univoque et répétitive , généralement sur le mode d'une revendication pour la possession du pouvoir , avec une forte valorisation du savoir , et des mouvements simultanés de contestation et de protection du leader désigné (le médecin responsable de l'unité) .

Ces conflits s'actualisent le plus souvent à l'occasion des décisions ou orientations thérapeutiques , et s'organisent sur des courants d'alliance ou d'exclusion .

Il est à noter à ce propos qu'au cours de ces conflits il n'y a jamais de contestation directe du savoir de celui qui est sensé le détenir , et même que ce savoir , qui fonde le pouvoir dans la reconnaissance du groupe , n'a que fort peu besoin d'être démontré .

A l'inverse , et sans plus de démonstration d'ailleurs , le savoir (et donc le pouvoir) des psychologues

a été violemment contesté , dès lors qu'elles cher-
-chaient à se situer en dehors du modèle médical
organisateur .

On pourrait dire que ce qui caractérise le
niveau du fonctionnement de l'équipe , c'est la
prévalence de la forme : formes qu'y prennent les
rapports entre les différents membres du personnel
ou avec les malades , déterminées en grande partie
par le modèle de l'institution hospitalière , et par
la "culture" et l'histoire du groupe .

Mais formes aussi qu'y prennent les conflits ,
comme nous l'évoquions plus haut , parfois de manière
assez caricaturale au cours de certaines réunions
d'équipe où l'on a l'impression que la question qui
devrait être discutée ne peut jamais être abordée ,
à cause de l'application permanente d'une force de
distorsion par le groupe , qui tend sans arrêt à
faire rentrer le débat dans ses schémas habituels
de conflit . Et cela bien que différents membres de
l'équipe , consultés auparavant individuellement
sur la même question , aient pu donner des avis ou
des réponses montrant leur compréhension du problème .

2)- Le mode de fonctionnement du groupe soignant :

Partant de ces quelques points
d'observation , et des discordances entre relations
collectives et inter-individuelles , à l'intérieur

du groupe , on peut y repérer l'une des lignes de force principales qui régit le fonctionnement de la plupart des groupes , à savoir les rapports de séduction et de revalorisation narcissique :

- Rapports de séduction, pendant inconscient de la rivalité pour le pouvoir , qui se trouve de surcroît correspondre à une différence sexuée : médecins hommes , infirmières femmes ...

-Revalorisation narcissique que l'on trouverait plutôt à l'origine de la difficulté à remettre en cause , à vérifier , et donc à utiliser le " savoir médical " , qui fonde la solidité du groupe .

Il y a ainsi une sorte de complicité , de complaisance dans l'ensemble du groupe , qui tend à laisser la question du savoir , dont l'intégrité est trop précieuse , dans le domaine de l'acquis et du non-dit .

En fait si le savoir n'est en général pas contesté , il est cependant nécessaire au leader de montrer " qu'il en a " , éventuellement aux moments qu'il choisit , pour entretenir le jeu de séduction , être gratifié , et gratifier l'équipe infirmière , réclamant périodiquement l'accès au savoir ou à l'information .

On peut remarquer cet usage du savoir comme instrument de revalorisation narcissique mutuelle et de séduction , en observant que les explications et développements théoriques sur un cas se font beaucoup plus souvent au cours de rencontres duelles ou en groupes restreints de soignants que lors de réunions

plus importantes , où l'on se retrouve plutôt dans la situation décrite plus haut .

Sans vouloir aller plus loin , on peut dès lors reconnaître :

- Le prix attaché par le groupe soignant à l'intégrité de ses représentations narcissiques
- La marque des rapports oedipiens dans la structure même de l'équipe soignante , et dans ses règles relationnelles :
 - . Organisation par rapport à un représentant symbolique
 - . Rapports de séduction et de rivalité
 - . Tendance à conserver la structure et le fonctionnement du groupe .

Et le malade ?

A ce niveau d'organisation , il a bien sa place : objet d'un soin , d'une technique , ou d'un savoir , il est aussi , directement ou indirectement , source de revalorisation narcissique .

Et comme l'écrit J. GUYOTAT :

" Nous sommes frappés dans toute cette économie narcissique , par le fait qu'il y a toujours référence au groupe , au point que le soignant se détermine d'abord par rapport aux autres soignants , et en définitive , par rapport à l'institution soignante . "

3)- Le " corps soignant " :

Nous en sommes arrivés à la question de savoir ce qui , dans un tel édifice , est soignant , en particulier pour le malade psychotique .

Par définition , la manière dont il établit ses relations avec son monde n'a que peu de congruence avec les traits essentiels de fonctionnement du groupe soignant , que nous avons rappelés ci - dessus .

Le malade avec " armes et bagages psychotiques " vient prendre place dans l'institution .

Comment le groupe soignant , fonctionnant sur le mode " oedipien " , peut - il s'y retrouver quand il est confronté à l'intrusion de ce monde archaïque , et surtout , comment peut-il être soignant ?

C'est bien évidemment une illusion de croire que le malade psychotique va aller s'installer à la place qui lui est désignée dans l'organisation " formelle " de l'institution . Cette place , il ne peut la prendre que si on l'y force , et il y perd sa parole , puisque personne ne veut ni ne peut l'entendre . On en a d'abondantes illustrations par le mode de fonctionnement asilaire , dont on veut espérer qu'elles ne sont que des souvenirs .

Cette place , si on lui en laisse un peu le loisir , il va se la créer , l'imposer , la faire subir , non en s'y intégrant , mais plutôt en

" faisant son trou " , comme on dit .

C'est autour de ce trou , de cette solution de continuité traumatique , que va s'organiser la nouvelle collectivité ainsi blessée , qui devra , pour cicatriser , modifier et remodeler profondement son pôle d'équilibre antérieur .

" (l'institution) est à la fois effet et cause ...

Ce que l'institution fait au patient se rapporte à ce que le patient fait à autrui (KELLAM 1966) . L'interaction est à double sens et jamais à sens unique . Il s'en suit un processus circulaire constituant un cercle vicieux auto - entretenu dans les cas où l'interaction s'effectue sans contrôle au plan le plus régrédient .

L'existence de ces processus circulaires , l'importance qu'ils prennent dans le contexte institutionnel , fait douter que la pathologie psychotique soit exclusivement localisée dans le malade ... Nous constatons qu'elle se répand à son entour . Le malade n'exprime et n'agit pas lui-même tout ce qui le concerne , c'est l'entourage qui l'exprime et l'agit pour lui et pour son compte , en vertu de mécanismes demeurant inconscients des protagonistes principaux . C'est ce qui constitue l'inscription micro-sociologique de la pathologie psychotique . "

RACAMIER

Le Psychanalyste sans divan

Nous voudrions reprendre en illustration l'observation de Christiane . On y voit que , envers cette malade , offrant , dans ce qu'elle était et induisait une multitude de symptômes de l'ordre de la maternité pathologique , l'institution a d'abord subi un clivage assez peu conflictuel , puis a voulu poser des actes (en réponse à des actes) , et l'on y découvre alors toute l'ambivalence induite (la confusion des registres) .

Ainsi on remarque :

- Tout d'abord un morcellement (mais pas un éclatement) de l'institution , qui fait peu son unité autour de cette malade et d'ailleurs ne s'en pose pas vraiment la question .
- Puis une discordance dans les actes soignants eux-mêmes ce qu'on pourrait considérer comme une étape vers l'intériorisation du conflit psychotique par les soignants , et le début des réactions de groupe à ce qui est induit par les actes posés par cette malade : le groupe soignant commence à vivre dans les registres qui sont les siens , les conséquences et les changements provoqués par la destruction psychotique de " quelque chose " de " cette personne occupant la place du malade " .

La " coupe " réalisée à ce moment est particulièrement

riche dans la mesure où on y découvre les signes d'un changement en grande partie inconscient en train de s'opérer , avec toutes les ambiguïtés et les discordances , dont il faut bien penser qu'elles sont en grande partie l'expression dans le groupe soignant de l'ambivalence et de la discordance psychotiques de cette malade .

C'est de ce point de vue que nous voudrions introduire l'idée de " corps soignant " qui correspondrait au groupe médico-infirmier devant élaborer , pour ce qui le concerne , un changement , une modification de ses investissements et de ses registres de fonctionnement spontanés .

En somme , ce que nous essayons de cerner sous cette appellation de " corps soignant " , c'est essentiellement la présence , les manifestations et le lieu d'un " inconscient soignant " , qu'il n'est pas question pour nous d'analyser , mais plutôt de reconnaître au hasard des péripéties et des drames de la vie d'un service , et de mieux comprendre ce qui peut être soignant dans cet inconscient-là .

Ce qui nous semble important c'est cette notion que le groupe soignant dans son ensemble est capable de régresser et d'élaborer à des niveaux extrêmement archaïques de source psychotique , et où s'opère une communication avec la personne psychotique , même si on ne peut pas saisir grand chose de ces processus qui ne modifient pas les

règles (oedipiennes) du fonctionnement du groupe soignant .

Seules certaines discordances , souvent minimales , en révèlent la trace ; par exemple :

- La série de fausses grossesses chez des jeunes femmes psychotiques que nous citons dans la première partie , et le désir/crainte d'enlever de leur ventre le foetus supposé s'y trouver .
- Cette constatation assez fréquente de l'amélioration d'une malade psychotique à partir du moment où l'équipe se décide à en parler et à faire un projet thérapeutique , avant même que quoi que ce soit ait changé de manière perceptible.
- La résolution de désaccords induits dans l'équipe par un malade psychotique , sans que , là non plus , rien d'apparent n'ait été modifié .

" Lorsque deux membres ou deux "clans" latents d'une équipe thérapeutique adoptent des points de vue divergents et entrent en conflit caché et privé à propos d'un point , que l'un et l'autre s'accordent à considérer comme essentiel , du maniement d'un malade schizophrène , ce malade présente une aggravation de ses symptômes et une discordance de son comportement qui ne cèdent , mais alors très rapidement , qu'au moment où le conflit dont il est l'objet parvient à résolution par effacement d'un des

antagonistes , ou mieux par dévoilement mutuel de leur désaccord et adoption d'un point de vue commun . "

RACAMIER

Le psychanalyste sans divan

Pour reprendre les conceptions de BALINT , on pourrait dire que le groupe soignant fonctionne à un niveau oedipien qui se caractérise par :

- L'intégration de toute expérience (y compris pré-génitale) dans une relation triangulaire , c'est à dire comprenant toujours , en plus du sujet , au moins deux objets parallèles impliqués .
- La permanence du conflit " provoqué par l'ambivalence qui surgit au sein de relations complexes entre l'individu et ces deux objets parallèles " .
- Le fait que le langage adulte y représente un moyen de communication adéquat et sûr , mais qu'il se trouve ramené par le malade psychotique à un mode de fonctionnement plus archaïque que BALINT nomme " niveau du défaut fondamental " dont les caractéristiques sont les suivantes :
- " Tous les événements qui s'y produisent appartiennent à une relation exclusivement à deux personnes ; il n'y a pas de troisième personne présente .

- Cette relation à deux personnes est d'une nature particulière et diffère totalement des relations humaines qui nous sont familières au niveau oedipien .
- La force dynamique qui opère à ce niveau n'est pas de l'ordre du conflit .
- Enfin le langage adulte est souvent inutile ou trompeur pour décrire les phénomènes qui surviennent à ce niveau , parce que les mots n'y ont pas toujours leur sens conventionnel agréé "

BALINT

Le défaut fondamental

Ainsi tout se passe comme si le sujet psychotique reprenait dans le corps soignant le fil d'une relation à la mère perturbée , qu'il imposait le registre dans lequel il situe cette relation , et que les soignants ne pouvaient s'y soustraire .

De la sorte va se créer , de manière tout à fait originale , une remise sur le chantier , dans une relation essentiellement d'ordre maternel archaïque, des éléments organisateurs de la personnalité , et ceci jusqu'à aborder (et le soin est là) le " niveau oedipien " .

On voit que cette situation n'est pas sans présenter de nombreuses analogies avec ce qui se passe entre une mère et son enfant , amenant celui-ci

à se reconnaître et à se nommer , grâce à une régression massive et temporaire de la mère que RACAMIER a décrite sous le terme de " maternalité " et que nous évoquions dans le chapitre sur " l'objet enfant mort " .

Nous nous proposons , à titre d'hypothèse , de développer un peu ces analogies .

HYPOTHESES SUR CORPS SOIGNANT ET " MATERNALITE "

Au cours du processus de la maternalité , la mère doit s'adapter et donner des réponses adéquates à son enfant , au fur et à mesure de sa maturation psycho-motrice et des modalités d'intégration de ses expériences .

Renouant avec sa propre histoire , elle revit , avec et pour le bénéfice de son enfant , les principales étapes de sa propre maturation émotionnelle .

L'ABORD DE LA POSITION DEPRESSIVE :

Une des principales étapes de cet itinéraire est l'abord de la " position dépressive " et du mode de relations objectales qui la caractérise. La mère doit permettre à l'enfant , en " contenant et bonifiant " ses projections et ses angoisses paranoïdes de l'introjecter de façon stable et sécurisante , comme objet aimé et total .

Elle-même doit renoncer à l' "enfant merveilleux" objet partiel phallique où l'enfant , perçu comme une possession , vient s'actualiser dans son propre désir infantile de toute puissance dont elle n'a pas

pu se dégager .

Ce renoncement à " l'enfant merveilleux " , opéré par la mère et l'enfant , tout en introduisant à la " position dépressive " , est le préalable indispensable à l'introduction du tiers (du père) et donc à la problématique oedipienne .

" A mesure qu'une relation plus réaliste avec les parents se développe , le bébé arrive à les considérer comme des individus séparés , c'est à dire que les images combinées primitives des parents perdent de leur force .

Ces progrès sont liés à la position dépressive . Dans les deux sexes , la crainte de la perte de la mère , le premier objet aimé - c'est à dire l'angoisse dépressive - contribue à créer le besoin de substituts ; et le bébé se tournera vers le père , qui est aussi introjecté comme objet complet à ce stade , pour satisfaire ce besoin . "

MELANIE KLEIN

Développements de la psychanalyse

Il s'agit pour l'enfant comme pour sa mère de renoncer à l'incorporation d'un objet partiel visant à une complétude narcissique (objet pulsionnel pourrait-on dire) et d'accepter l'introjection et l'identification à un objet total , ainsi que le sentiment dépressif qui accompagne cette perte de toute-puissance .

Il nous semble que pour le groupe soignant et le malade psychotique , la situation peut être en partie comparée .

Le corps soignant et le sujet psychotique , ont , eux aussi , à renoncer au monde pulsionnel et clivé où évolue le psychotique , et à élaborer un autre mode de relations objectales où les personnes sont considérées comme totales , et où le tiers puisse être introduit .

Nous pourrions rapprocher cela de cette image si souvent employée dans les équipes psychiatriques , du malade mettant de petits morceaux de lui-même dans chaque soignant , ceux-ci devant en refaire la synthèse . Telle quelle , cette image a un côté un peu magique , mais elle rend compte peut - être d'une certaine réalité que nous essayons de comprendre .

S i le soin psychiatrique aux malades psychotiques est de leur permettre , par une disponibilité et des réponses adéquates , d'abandonner un mode de relations objectales propre à la position schizo-paranoïde , et d'aborder les types de relation d'objet propre à la " position dépressive " , ce soin psychiatrique se situe donc , au moins en partie , à l'orée de la position dépressive , et son efficacité dépend de la capacité du corps soignant à élaborer , pour son compte , sa propre position dépressive , à partir des angoisses , des exigences , des mécanismes de clivage , déni et

projection , imposés par le malade .

Si l'on reprend le " Dictionnaire de la psychanalyse " de LAPLANCHE et PONTALIS , on trouve dans la définition de la position dépressive , que :

" L'angoisse (dépressive) est combattue par divers modes de défense : défenses maniaques ou défenses plus adéquates : réparation et inhibition de l'agressivité ... "

Réparation et inhibition de l'agressivité ... Ce sont , oserions - nous dire , les deux " mamelles " du soin psychiatrique :

- L'agressivité est une denrée dangereuse en psychiatrie , et à la violence verbale (ou même agie) du psychotique , le soignant psychiatrique oppose le plus souvent une neutralité assez étonnante ; d'autant plus qu'il n'a pas toujours cette neutralité dans sa vie extra-professionnelle .

Il est néanmoins recommandé au " bon soignant " d'exprimer son agressivité , mais alors avec de sérieuses garanties de contrôle .

Mais qu'est-ce qui fait si peur dans cette expression de l'agressivité , et que cherche-t-on à épargner ? Ressentir que son agressivité puisse être dangereuse pour le malade psychotique , c'est un peu s'attribuer la responsabilité de la dangerosité de son monde à lui , et c'est déjà le signe de l'ambivalence

du désir de soigner .

Il y a dans cette inhibition de l'agressivité un côté " formation réactionnelle " qui peut laisser supposer l'existence des fantasmes paranoïdes sadiques des soignants , en relation avec le psychotique .

Ce qu'on évite de détruire ainsi , c'est peut-être , à travers le psychotique , la cible de ses propres agressions fantasmatiques , ce que nous essayerons plus loin de préciser .

- Le désir de réparer est souvent évoqué comme motivation majeure dans le choix d'une profession soignante . Il est une des règles implicites de fondation du groupe soignant .

Au niveau où nous nous situons , c'est à dire dans le soin au psychotique , il a lui aussi un aspect de " formation réactionnelle " . On peut penser que si les soignants apportent tant d'énergie à mettre en acte leur désir de soigner , cela implique que , puisque la réparation doit être continuelle , la destruction fantasmatique et secrète l'est aussi , et qu'elle est une partie intégrante et importante des relations qui se créent dans ce nouveau collectif imposé par le psychotique , et où sa version psychotique de l'intersubjectivité fait violence .

Pour reprendre SEARLES parlant des psychothérapeutes :

" On ne devrait pas s'étonner que le choix d'une profession ... (comme celle de psychothérapeute)...repose partiellement sur une formation réactionnelle contre des désirs inconscients qui vont précisément à l'encontre de l'effort conscient présidant à leur travail quotidien . "

et cela peut sans doute s'appliquer à la " culture " d'une équipe de soins psychiatriques .

En somme , et sans vouloir faire d'assimilation excessive , on pourrait dire que le " corps soignant " psychiatrique se trouve , avec le malade psychotique , dans une situation pouvant être comparée à celle vécue par la mère , accompagnant son enfant dans les principales étapes de sa maturation psychique . Il nous semble que le soin au malade psychotique intéresse une étape particulière , qui est celle de l'abord de la position dépressive , et que le " corps soignant " se trouve avoir une capacité particulière de réponse à cet égard .

LA PLACE DU MALADE DANS L'INCONSCIENT SOIGNANT :

Nous avons vu que l'abord de la position dépressive impliquait pour la mère qu'elle renonce à son enfant " pulsionnel " , qu'elle fasse elle aussi le deuil de " l'enfant merveilleux " .

D'autre part nous avons rappelé que le désir de

soigner est l'un des fondements d'une équipe de soins , et donc en quelque sorte qu'il " pré-existe " au malade qui viendra s'y actualiser .

Il y a donc rencontre entre un individu , dont nous avons dit qu'il impose sa conception schizo-paranoïde du monde , et d'un corps soignant ayant à régler la dette de sa propre culpabilité , et disponible pour réparer " en son sein " , contenir et bonifier les dégâts causés par les projections et les clivages induits par le psychotique . On peut donc se demander si le corps soignant ne doit pas lui aussi se déprendre d'une représentation fantasmatique du malade , que nous pourrions appeler " malade pulsionnel " , et qui participerait d'une fantasmatique schizo-paranoïde , où serait entretenue l'illusion d'être une " bonne mère " parfaite , en ne laissant aucune place pour l'émergence du désir de l'autre .

Le " corps soignant " pourrait alors à bon compte , et en utilisant des mécanismes d'ordre psychotique , régler ses problèmes de culpabilité et de revalorisation narcissique sans avoir à assumer l'effort de synthèse , et la dépression de la position dépressive .

L'acte à visée soignante , loin de favoriser l'élaboration difficile du patient psychotique , tend alors au contraire à le maintenir dans une relation à deux dont il a (bien sûr) peu de chances de sortir seul .

Nous nous reportons , pour le développement de cet aspect de la relation " soignante " à un article de H. SEARLES : " l'effort pour rendre l'autre fou " , où il écrit :

" Dans la grande majorité des cas où le patient et le thérapeute ont travaillé assez long-temps ensemble pour qu'une relation symbiotique soit bien établie ... il apparaît clairement que chacun lutte inconsciemment pour rendre l'autre fou - ou , plus exactement pour le maintenir fou - de sorte que les deux participants peuvent se cramponner à ce mode de relation symbiotique avec l'autre , mode de relation extrêmement immature et donc " malade " , mais profondément gratifiant . "

Et aussi :

" Le patient , mais aussi le thérapeute , trouvera volontiers que le fruit à venir d'une relation plus mature vaut tout juste - et encore - la peine d'abandonner la relation symbiotique qui , en dépit des tourments qu'elle inflige , offre de précieuses gratifications . "

Le malade " pulsionnel " peut ainsi assurer pour les soignants plusieurs fonctions :

- D'une part , par sa pathologie , il se place dans le champ du désir de réparer des soignants , et il situe le registre dans lequel

vont se dérouler les relations .

- D'autre part , il a fonction de " double narcissique " auquel sont dédiées par les soignants la protection et la réparation . Ceux-ci renouent à travers lui une relation avec une mère clivée et idéalement bonne , et donc à une représentation également bonne d'eux-mêmes (Moi Idéal)

Mais l'on peut noter ici une différence importante qui limite la comparaison entre les phénomènes de la " maternalité " et les processus de régression et d'élaboration du corps soignant et du malade psychotique .

En effet , au cours des phénomènes de la " maternalité " , la mère et l'enfant renoncent le plus souvent sans trop de difficultés à leur relation symbiotique , pour s'introduire comme sujets désirants dans l'ordre symbolique , où , dans son désir , la mère désigne le tiers , le père .

Le malade psychotique , lui , s'est vu contraint de régresser à ce mode de fonctionnement archaïque et l'on peut penser que , " en dépit des tourments qu'il inflige " , il vaut pour lui encore mieux , et apparaît moins destructeur que l'abandon de ses défenses schizo-paranoïdes , le livrant à une persécution par des objets terrifiants .

L'élaboration " soignante " est encore rendue plus difficile par la fixation à des fantasmes de destruction si intenses . Et si , au cours de la maturation de l'enfant , les étapes vers son autonomisation n'apparaissent pas mortifères , la présence de la destruction (de la mort) , parfois réelle , représente un risque important dans la maturation du sujet survivant sur un mode psychotique .

Et pour être soignant , le " corps soignant " doit prendre ce risque .

Il doit non seulement renoncer aux gratifications de la relation symbiotique , (enfant et mère idéaux) , mais aussi se désaliéner de la dangerosité de l'autre élément clivé de la paire , à savoir le sujet (l'enfant) détruit par son sadisme et son envie : " l'enfant mort " , négatif de " l'enfant merveilleux " dont nous parlions plus haut .

Cette irruption de l'objet " enfant mort " pourrait accentuer aussi la culpabilité , et aiderait à accepter de faire le deuil de " l'enfant merveilleux " , c'est à dire de sa toute puissance et de sa complétude narcissique .

Dans cette hypothèse , la puissance de suggestion de l'objet " enfant mort " ne serait donc pas seulement réservée aux seuls cas de troubles psycho-pathologiques de la maternité , mais interviendrait , sous une forme assez comparable ,

dans la modalité de prise en charge des malades psychotiques .

Nous voudrions ici étayer notre propos par une citation de G. ROSOLATO dans un article sur l'axe narcissique des dépressions :

" Dans la dépression , on ne saurait négliger le blocage (au) temps narcissique . La blessure porte sur le Moi Idéal , dans sa figuration du double , en tout objet de projection narcissique . Toute défaillance à ce niveau réactive la plus archaïque des images correspondantes : celle de l'enfant mort .

La dépression pathologique se manifeste quand la soupape ne peut plus fonctionner : l'effondrement du double (ou du Moi Idéal) est une menace pour le Moi telle que la seule ressource qui reste consiste à s'accuser virtuellement de ce manque , à le prendre sur soi , comme meurtre du double dans sa forme archaïque de l'enfant que l'on retrouve en soi ... C'est là le blocage du système narcissique : la culpabilité ne peut s'élaborer ni vers un objet total (la mère ou le père) , ni se nuancer d'un jugement qui tienne compte de la réalité interne , du fantasme .

La culpabilité répondrait donc dans la dépression à l'image de l'enfant mort . "

APPLICATION A LA COMPREHENSION DE CERTAINES
SITUATIONS SOIGNANTES :

Nous voudrions maintenant revenir à ce qui se vit dans le service hospitalier , et voir si ces hypothèses peuvent servir à éclairer certaines situations cliniques .

Nous disions , à la suite de l'observation de Christiane , que le corps médico-infirmier avait du se désaliéner de " l'objet enfant mort " , et il apparaît que cela n'est pas toujours possible .

Observation :

Ainsi ce jeune homme hospitalisé (après un long périple hospitalier) pour anorexie grave , avait noué avec l'équipe soignante une relation perverse autour de la nourriture : il refusait toute alimentation , mais amassait des quantités impressionnantes de sucreries dans sa chambre , qu'il mangeait en cachette , avant d'aller se faire vomir aux toilettes en se dissimulant , mais pas assez pour qu'on l'ignore . Il venait placer sa silhouette de cadavre ambulant devant la porte de la salle de soins , mais ne venait jamais rien demander . Il nous a finalement définitivement renvoyés à notre image de mère dangereuse , en se suicidant , les yeux ouverts fixés sur une tranche de jambon entamée qu'il serrait dans sa main .

Il semble que cette représentation de mauvaise

mère infligée de la sorte , était encore très présente et très traumatique quand , quelques mois plus tard , un nouveau malade anorexique grave a été hospitalisé .

Comme il présentait , outre son anorexie , des dégâts somatiques importants , le prétexte à été pris pour le " somatiser " , et l'équipe de soins n'a établi aucune relation avec lui autre que les soins corporels exécutés d'ailleurs sans enthousiasme . Et il est vrai que tout le monde sentait planer l'ombre de l' "autre" dans cette chambre .

Il est d'ailleurs intéressant de noter , toujours à propos de cette première observation , qu'à la fin d'une réunion avec le Docteur RESNIK où était présentée l'histoire du malade , une infirmière a demandé pourquoi l'on n'avait pas parlé de l'enfant mort , ce qui n'était sans doute pas à mettre en relation uniquement avec le décès du nouveau-né d'une malade , quelques semaines plus tôt .

Il y a ainsi un certain nombre de cas , où , surtout s'il y a destruction réelle du corps , l'intrusion psychotique du malade est trop violente et provoque la mise en place rapide de systèmes protecteurs qui empêchent toute introjection et élaboration . On observe alors des réactions

- . de rejet
- . d'indifférence
- . ou de clivage

Les actes viennent en réaction aux actes , sans que jamais ce ne soient des réponses . Encore heureux quand une réaction médicamenteuse est possible .

Il n'y a plus de place pour aucun espace transitionnel où s'inscrivent implicitement soignants et patient .

Observation :

Cette malade , dont le nom évoque irrésistiblement une lourde charge pour l'équipe soignante , vit , avec des angoisses majeures , une pathologie abandonnique très profonde qui la rend très exigeante envers l'équipe de soins . Elle multiplie les phlébotomies (jusqu'à plusieurs par jour) et les actes de violence hétéro-agressifs . Au cours d'un entretien on avait pu comprendre qu'elle répétait le meurtre d'un enfant intérieur représentant narcissique d'elle-même , déjà détruit et hurlant son abandon et sa colère .

Il semble que dans ce cas la puissance pathogène de " l'objet enfant mort " ait été telle qu'il n'a pas été possible aux soignants de trouver en elle un ancrage narcissique et réparateur suffisant et de nouer une relation de désir , même minime , avec elle .

Il est d'autres cas où la malade se conforme trop bien à la place qui lui est désignée , qui

correspond trop bien au " malade pulsionnel " dont nous parlions dans le chapitre précédent.

Ainsi ces malades catatoniques où très régressées dont le maternage n'en finit pas , où encore ces mélancoliques provoquant la compassion , alors que l'on connaît le rôle finalement pathogène de celle-ci ...

Il risque alors de se créer cette relation " malade " symbiotique dont parle SEARLES , risquant d'ôter toute possibilité d'élaboration au groupe soignant .

" En se pliant elle-même aux tendances pathologiques des malades , l'institution , non seulement amplifie ces tendances , mais elle les fixe , les organise , les rend imperceptibles , elle leur prête ce cachet de l'inévitable qui porte la signature même de la compulsion de répétition .

Il est évident que lorsque un compromis constitué par l'agissement du ou des malades et le contre - agissement du milieu soignant , prend forme d'organisation sociale , et force de loi implicite , plus encore lorsqu'il se fixe en une structure fonctionnelle ou même architecturale , alors tout pouvoir de clairvoyance ou de progrès sont retirés à l'organisme de soins , et à ceux qui s'y soignent comme à ceux qui soignent .

Le bon équilibre de l'ensemble institutionnel est d'autant plus important qu'aux yeux des malades cet ensemble constitue comme le modèle collectif d'un Moi fonctionnel , qui lui aussi

leur servira d'élément d'identification . "

RACAMIER

Le psychanalyste sans divan

- Parfois le mouvement est rendu impossible par des identifications trop intenses avec les patients : c'est le cas en particulier des malades ayant une profession médicale ou paramédicale ; l'expérience montre que l'équipe s'en occupe assez peu et garde ses distances .

- Enfin , et c'est heureusement souvent le cas , le corps soignant peut réussir à aborder , dans ce qui lui est commun avec le malade , le mode de relation d'objet d'une position dépressive élaborée .

Il a réussi à se désaliéner des représentations fantasmatiques clivées : désaliénation de " l'objet enfant mort " et deuil de l'enfant merveilleux (du Moi Idéal) . Chacun peut reconnaître l'autre (parfois avec une certaine agressivité d'ailleurs) , et se reconnaître soi-même .

Pour ce qui concerne le corps soignant , il nous semble que cet état est à rapprocher des " phases " de fonctionnement collectif favorable que nous évoquions dans la première partie .

C'est alors que devient possible et indispensable la présence du tiers , après l'abandon de la prévalence de la relation duelle de type maternel .

Ce lien est difficile à trouver dans l'institution , car tous les soignants , même s'ils se sont peu occupés du malade , font partie du " corps soignant " , et ont participé , sur la scène " névrotique " où se jouent les relations des soignants entre eux , à l'interprétation des différentes versions " oedipianisées " des mouvements fantasmatiques archaïques qui secouaient le " corps soignant " .

Il faut donc , soit qu'une personne soit suffisamment démarquée dans l'institution , soit que le tiers puisse être représenté par l'extérieur. On peut en tout cas souligner l'importance du thérapeute " consultant " de l'institution , en constatant que son intervention permet souvent la levée du blocage de situations soignantes confuses et stagnantes .

" Si l'acceptation délibérée et consciente d'une relation fusionnelle est la seule façon possible " d'accrocher " un malade psychotique , ou à " l'orée de la psychose " seule la présence , même fantasmatique d'un Autre , permet d'utiliser de façon thérapeutique cette relation fusionnelle . "

P. LEMOINE

N2 , un Autre service

Avant de conclure , nous voudrions rappeler que ce travail ne peut représenter qu'une étape dans une voie de recherche , celle-ci ne pouvant être poursuivie qu'avec une observation plus orientée du travail de soin institutionnel .

C'est seulement alors , si cette voie s'avère fructueuse , qu'elle pourra s'établir sur des bases théoriques plus solides .

CONCLUSIONS

- Une théorisation sur le fonctionnement inconscient d'une équipe de soins psychiatriques ayant à traiter des malades psychotiques , ne peut évidemment être absolue , et ce travail ne vise qu'à apporter un point de vue particulier sur un moment de l'histoire d'un service donné .
- Ce point de vue s'appuie sur la métaphore du " corps soignant " , permettant de rendre compte d'inductions et de réactions produites par l'intrusion d'une problématique d'ordre psychotique dans une collectivité à but thérapeutique .
- Un aspect du soin psychiatrique institutionnel aux malades psychotiques serait alors à rapprocher des processus de " maternalité " décrits par RACAMIER et consisterait en une élaboration en grande partie inconsciente du mode de relation d'objet non psychotique de la " Position Dépressive " de MELANIE KLEIN , et au deuil d'un " enfant mort " pulsionnel et fantasmatique .

- La prise en compte des inter-relations
continuelles entre malades psychotiques et
équipes soignantes qui tissent le soin
psychiatrique , doit permettre une meilleure
maîtrise de la conduite de la thérapeutique
institutionnelle et une meilleure utilisation
des " fonctions " (imaginaires ou symboliques)
des différents thérapeutes .

Le Président de la Thèse

Professeur COLIN

Vu , le Directeur de l'Unité
ALEXIS CARREL

Professeur R. MORNEX

Vu et permis d'imprimer
LYON , le 10 Février 1977
Le Président de l'Université
Président du Comité de Coordi-
-nation des Etudes Médicales

D. GERMAIN

BIBLIOGRAPHIE

- | | |
|--|---|
| BALINT M. | Le défaut fondamental
PAYOT - Paris 1971 |
| BASAGLIA F. | L'institution en négation
LE SEUIL - Paris 1970 |
| BONNAFE L. | Le milieu hospitalier vu du
point de vue psychothérapique
LA RAISON (Editions sociales)
1957 N° 17 |
| CAPPADORO - ELCHARDUS
LEMOINE - MOUNIER | Groupes du lundi soir
Inédit |
| CHAIGNEAU H. | Prise en charge institutionnelle
des malades réputés schizophrènes
CONFRONTATIONS PSYCHIATRIQUES
1968 N° 2 |
| CHANOIT P. | La notion d'équipe en psychia-
-trie
L'EVOLUTION PSYCHIATRIQUE
1967 -32- |

CHANOIT P. et A.M

Les contre-attitudes du personnel soignant des hopitaux à l'encontre du malade mental
SANTÉ MENTALE 1968 N°3

FEDIDA P.

Psychose et parenté (naissance de l'anti - psychiatrie)
CRITIQUE 1968 Octobre N° 2571

GEAHCAN D. J

Psychothérapie des psychoses en milieu institutionnel
INFORMATION PSYCHIATRIQUE 1970
46 , 6

GEAHCAN D. J

Références méta-psychologiques pour une psychothérapie des psychoses en milieu institutionnel
INTERPRETATION 1970 , 4, 1-2

GUYOTAT J.

L'ordre narcissique et la pratique médicale
L'EVOLUTION PSYCHIATRIQUE 1974 N°1

GUYOTAT J.

Différents aspects du narcissisme dans les psychoses - Réflexion à partir des effets de la thérapie institutionnelle et de certaines chimio-thérapies
L'EVOLUTION PSYCHIATRIQUE 1970

GRUNBERGER B.	Le Narcissisme PAYOT 1971
HOCHMANN J.	Pour une psychiatrie communau- -taire LE SEUIL Paris 1971
KLEIN M.	La psychanalyse des enfants PUF 1972
KLEIN M.	Développement de la psychanalyse PUF 1972
KLEIN M.	Essais de psychanalyse PAYOT 1974
KOECHLIN P.	Création d'un collectif de soins et perspectives psychothérapiques EVOLUTION PSYCHIATRIQUE 1965 , 30 , N° 3
LAPLANCHE et PONTALIS	Vocabulaire de la psychanalyse PUF 1973
LEBOVICI S.	Le travail d'équipe en psychiatrie EVOLUTION PSYCHIATRIQUE 1959 N°2
LECLAIRE S.	On tue un enfant LE SEUIL 1975
LEMOINE P.	N2 , un Autre service THESE Lyon 1975

MISES R.	Psychanalyse et thérapie insti- -tutionnelle L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE N° spécial 1970 , 46 , 8 et 10
OURY J.	Thérapeutique institutionnelle ENCYCLOPEDIE MEDICO-CHIRURGICALE Psychiatrie , 37930 G , 10
OURY J.	Transfert et compréhension en psychothérapie institutionnelle PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE 1965 N°1
OURY J.	Analyse de l'entourage immédiat dans le cadre de la thérapie- -tique institutionnelle ACTA. PSYCHOTHER. Suisse 1957 Supp. N°7
RACAMIER P.C	Le psychanalyste sans divan PAYOT 1973
RACAMIER P.C	Le Moi , le Soi , la Personne et la psychose EVOLUTION PSYCHIATRIQUE 1963 N°4
RACAMIER P.C	L'Oedipe dans les psychoses REVUE FRANCAISE DE PSYCHANALYSE 1967 , 21 , 5 - 6

- RACAMIER P.C Le psychanalyste et l'institution
EVOLUTION PSYCHIATRIQUE 1969 N°3
- RACAMIER P.C La mère et l'enfant dans les
psychoses du post-partum
EVOLUTION PSYCHIATRIQUE 1961 N°4
- RACAMIER P.C Le soin institutionnel des psy-
-chotiques : nature et fonction
INFORMATION PSYCHIATRIQUE
1970 , 46 , 8
- ROSENFELD H. Etats psychotiques
PUF 1976
- ROSOLATO G. L'axe narcissique des dépressions
NRP N° 11 Printemps 75
- ROULLET A. Hôpital psychiatrique et condi-
-tion paranoïde
INFORMATION PSYCHIATRIQUE
1966 , 42 , 2
- SAFIRSTEIN S. L Le transfert institutionnel : une
dimension dans le traitement des
schizophrènes
INFORMATION PSYCHIATRIQUE
1971 , 47 , 10
- SEARLES H. L'effort pour rendre l'autre fou
NRP N° 12 Automne 1975

Introduction à l'oeuvre de
Mélanie KLEIN
PUF 1973

L'institution thérapeutique
INFORMATION PSYCHIATRIQUE
1967 , N° 5

Introduction au problème du
transfert en psychothérapie
institutionnelle
PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE
1965 N°1

Histoire critique du mouvement
de psychothérapie institutionnelle
dans les hopitaux psychiatriques
français
PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE
N° 2 et 3

Essai sur l'évolution de l'hôpital
psychiatrique
INFORMATION PSYCHIATRIQUE
1966 , 42 , 2

L'équipe thérapeutique : principe de
traitement somato-psycho-social
des psychoses

INFORMATION PSYCHIATRIQUE 1966 N°10

Nous remercions les laboratoires
DELAGRANGE qui nous ont aidé
dans la réalisation de ce travail.

